



Trabalho por Turnos e Noturno: Impacto na Qualidade de
Vida e Automedicação dos Enfermeiros
Mestrado de Gestão em Saúde

Jul.2017

Lisboa



Trabalho por Turnos e Noturno: Impacto na Qualidade de Vida e na
Automedicação dos Enfermeiros

Dissertação de Mestrado de Gestão em Saúde

Discente: M^a Helena Silva

Orientadora: Dr^a Ema Leite

Jul.2017

Lisboa

ÍNDICE

	Pág.
Siglas e Acrónimos.....	6
1 - INTRODUÇÃO.....	11
1.1 – Objetivos.....	12
1.2 – Objetivos Específicos.....	12
1.3 - Hipóteses de Investigação.....	13
2 – TRABALHO POR TURNOS.....	14
2.1 – Síndrome de Mal Adaptação.....	15
2.2 – Consequências do Trabalho por Turnos.....	17
2.2.1 – Perturbações Biológicas.....	18
2.2.2– Perturbações do Sono.....	19
2.2.3 – Perturbação da Vida Social e Familiar.....	21
2.3 – Enfermagem e Trabalho por Turnos.....	23
3 - QUALIDADE DE VIDA	26
3.1 – Perspetiva Biológica.....	29
3.2 – Perspetiva Cultural.....	30
3.3 – Perspetiva Psicológica/ Sociológica.....	30
3.4 – Perspetiva Económica.....	31
4 – QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....	33
4.1 – Qualidade de Vida nos Enfermeiros.....	41
5 – AUTOMEDICAÇÃO.....	44
5.1 – Benefícios e Riscos da Automedicação.....	45
5.2 – Automedicação nos Profissionais de Enfermagem	47

6 – METODOLOGIA.....	49
6.1 - População e Amostra.....	49
6.2 - Caracterização das Variáveis.....	50
6.3 - Instrumento de Recolha de Dados.....	50
6.4 - Considerações Éticas.....	52
6.5 - Análise Estatística.....	53
 7 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	54
8 - DISCUSSÃO.....	60
9 - CONCLUSÃO.....	66
10 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES.....	68
11- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

ANEXOS

Anexo 1 – Operacionalização das Variáveis Atributo.....	75
Anexo 2 - Instrumento de Recolha de Dados - Questionário.....	76
Anexo 3 – Autorização para Utilização das Escalas do EPTT.....	90
Anexo 4 – Autorização para Utilização das Escalas do Woqol-bref.....	91

INDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

	Pag.
Quadro 1 - Características Sociodemográficas.....	54
Quadro 2 - Associação entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a cotação na escala EPTT.....	56
Quadro 3 - Associação entre os domínios da avaliação da qualidade de vida e o trabalho por turnos com trabalho noturno.....	57
Quadro 4 - Associação entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a capacidade em adormecer facilmente.....	58
Quadro 5 - Associação entre a prática da automedicação e o trabalho por turnos com trabalho noturno.....	58
Quadro 6 - Associação entre o consumo de psicofármacos e o trabalho por turnos com trabalho noturno.....	59
Quadro 7 - Associação entre o consumo de analgésicos e o trabalho por turnos com trabalho noturno.....	59
Tabela 1 – Evolução do Conceito de Qualidade de Vida no trabalho.....	34
Tabela 2 – Modelo de Walton.....	39
Tabela 3 – Domínios do Whoqol bref.....	51

Siglas e Acrónimos

D – Descanso

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EPTT – Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos

Ex – Exemplo

GQVT – Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho

ICSD – Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono

ISS - Standard Shiftwork Index

M – Manhã

N - Noite

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

T – Tarde

ABSTRACT

Over the last decades, the issue of night shift work has raised some concerns on the part of nurses regarding the impact on their health (physical and mental), quality of life and consequently the possibility of Practice of self-medication.

Objective: To evaluate the impact of shift work with night work on health (physical and mental), quality of life and self-medication of nurses from three services of a Central Hospital.

Type of study: An observational, cross-sectional study with a descriptive component and an analytical component was carried out, comparing the quality of life, health status and self-medication of nurses who worked in shifts of those who had a fixed schedule. The following statistical tests were used: Pearson's coefficient (r), Mann-Whitney U test, Chi-square test and Fisher's exact test. And a significance level of 5%.

Sample: The sample is of convenience, consisting of nurses from three services of a central hospital in the Lisbon region, who agreed to participate in the study (n = 51). Of the 51 professionals who joined the study, 37 worked in fixed and daytime hours and 14 in shift hours with night work.

Data collection instrument: Data collection instruments used were: EPTT (Standardized Study of Shift Work), translated and adapted to the Portuguese version by Carlos Silva (1995) and Whoqol-bref, quality of life assessment questionnaire Developed by WHO, translated and adapted to the Portuguese version by Canavarro et al (2006).

Results: As regards the sociodemographic characteristics of the sample studied, it was verified that although night shift work was more frequent in men, no statistically significant differences were obtained (Fisher's exact test, $p = 0.120$). Concerning marital status, it was found that shift work was more frequent in single, separated or widowed nurses (19/22, 86.4%) than married or de facto union (18/29, 62.1%), (Fisher's Exact Test, $p = 0.052$). A higher proportion of nurses working at fixed daytime had dependent children, and this difference was significant when compared to the proportion of nurses who worked in shifts.

Regarding the analysis of the health status (physical and mental) and quality of life of the nurses, it was verified that the nurses who worked in shifts with night work reported a more negative effect on health and quality of life compared to nurses with fixed schedule, but There was no statistically significant difference (Fisher's Exact Test, $p = 0.141$).

Regarding the evaluation of physical, psychological, socio-familial and sleep disorders, it was found that both fixed and daytime workers and shift workers with night work presented score values between 22 and 27 (On a scale of 0 to 100) in the physical, psychological, social, and environmental assessment domains, but there was no statistically significant difference between the two groups (Mann-Whitney U test: $p = 0.849, 0.983, 0.399, 0.340$ respectively).

It was also found that there was no significant association between shift work with night work and difficulty falling asleep compared to workers with fixed and daytime schedules (Pearson's chi-square test, $p = 0.588$).

Self-medication presented a prevalence of 35.7% in workers with fixed and daytime hours, compared with 24.3% in workers with rotational and nocturnal work, with no statistically significant difference (chi-square test, $p = 0.316$). There were also no statistically significant differences in the consumption of psychoactive drugs and analgesics (Fisher's exact test, $p = 0.619, p = 0.170$, respectively).

In this study, there was no statistically significant difference in quality of life, physical and mental health status and self-medication among night shift nurses and fixed-time nurses.

However, one of the major limitations of this study is the size of the sample itself, so further studies with larger samples should be performed.

Key Words: Shift work and night shift, self-medication, quality of life, nurses.

RESUMO

Ao longo das últimas décadas, a temática do trabalho por turnos com trabalho noturno tem levantado algumas preocupações por parte dos enfermeiros relativamente ao impacto na sua saúde (física e mental), qualidade de vida e consequentemente à possibilidade deste tipo de horário laboral contribuir para a prática da automedicação.

Objetivo: Avaliar o impacto do trabalho por turnos com trabalho noturno na saúde (física e mental), qualidade de vida e automedicação dos enfermeiros de três serviços de um Hospital Central.

Tipo de estudo: Foi efetuado um estudo observacional, transversal e com uma componente descritiva e uma componente analítica, comparando a qualidade de vida, o estado de saúde e a automedicação dos enfermeiros que trabalhavam por turnos dos que tinham horário fixo. Utilizaram-se os seguintes testes estatísticos: coeficiente de Pearson (r), teste de U de Mann-Whitney, teste Qui-quadrado e teste Exato de Fisher. E um nível de significância de 5%.

Amostra: A amostra é de conveniência, constituída por enfermeiros de três serviços de um hospital Central da região de Lisboa, que concordaram em participar no estudo (n=51).

Dos 51 profissionais que aderiram ao estudo, 37 exerciam em horário fixo e diurno e 14 em horário por turnos com trabalho noturno.

Instrumento de recolha de dados: Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram: EPTT (Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos), traduzido e adaptado para a versão portuguesa por Carlos Silva (1995) e Whoqol-bref, questionário de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pela OMS, traduzido e adaptado para a versão portuguesa por Canavarro et al (2006).

Resultados: No que concerne às características sociodemográficas da amostra estudada, verificou-se que apesar do trabalho por turnos com trabalho noturno ser mais frequente nos homens, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas (Teste Exato de Fisher; $p=0,120$). Relativamente ao estado civil verificou-se que o trabalho por turnos era mais frequente nos enfermeiros solteiros, separados ou viúvos (19/22; 86,4%) do que nos casados ou união de facto (18/29; 62,1%) (Teste Exato de Fisher; $p=0,052$). Maior proporção de enfermeiros que trabalhavam em horário diurno fixo tinham filhos a cargo e essa diferença era significativa quando comparada com a proporção de enfermeiros que trabalhavam por turnos.

Relativamente à análise do estado de saúde (físico e mental) e qualidade de vida dos enfermeiros verificou-se que os enfermeiros que trabalhavam por turnos com trabalho noturno referiram um efeito mais negativo na saúde e qualidade de vida comparativamente aos enfermeiros com horário fixo, mas não se verificou diferença estatisticamente significativa (Teste Exato de Fisher; $p=0,141$).

No que respeita à avaliação das perturbações de saúde física, psicológica, sociofamiliar e do sono verificou-se que, tanto os trabalhadores com horário fixo e diurno, como os trabalhadores com horário por turnos com trabalho noturno, apresentaram valores de score entre 22 e 27 (numa escala de 0 a 100) nos domínios de avaliação física, psicológica, social e ambiental, mas não havia diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (teste U de Mann-Whitney: $p=0,849$; $0,983$; $0,399$; $0,340$ respetivamente).

Verificou-se também que não existia uma associação significativa entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a dificuldade em adormecer, em comparação com os trabalhadores com horário fixo e diurno (Teste qui-quadrado de Pearson; $p=0,588$).

A automedicação apresentou uma prevalência de 35,7% nos trabalhadores com horário fixo e diurno, contrapondo com 24,3% nos trabalhadores com trabalho rotativo e noturno, sem diferença estatisticamente significativa (teste qui-quadrado, $p=0,316$). Também não houve diferenças com significado estatístico no consumo de psicofármacos e analgésicos (teste exato de Fisher, $p=0,619$; $p=0,170$, respetivamente).

Neste estudo, não se verificou qualquer diferença com significado estatístico no que respeita à qualidade de vida, estado de saúde físico e mental e automedicação entre enfermeiros que trabalham por turnos com horário noturno e enfermeiros com horário fixo. Contudo, uma das grandes limitações deste estudo é a dimensão da própria amostra, pelo que outros estudos com amostras de maiores dimensões deverão ser realizados.

Palavras chave: trabalho por turnos e noturno, automedicação, qualidade de vida, enfermeiros.

1 - INTRODUÇÃO

As doenças e os acidentes não escolhem um dia nem uma hora para acontecerem, o que exige prontidão e disponibilidade contínua dos serviços de saúde hospitalares. Para garantir um serviço de 24 horas é necessária uma organização de trabalho por turnos com trabalho noturno.

No âmbito da enfermagem, esta prática de trabalho por turnos com trabalho noturno torna-se cada vez mais frequente, uma vez que os enfermeiros são dos grupos profissionais que mais contacto têm com os doentes.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) 2009, em Portugal existem cerca de 56 000 enfermeiros efetivos e ativos; destes, cerca de 35 000 exercem as suas funções no sistema de trabalho por turnos com trabalho noturno.

Esta exigência de um serviço de saúde contínuo requer uma presença rotativa de recursos humanos, o que exige aos enfermeiros um bom planeamento/organização das suas vidas pessoais. Esta categoria profissional está então “obrigada” a fazer um esforço contínuo e repetitivo da estrutura das suas vidas, para que consigam satisfazer as suas necessidades enquanto pessoas e profissionais.

O trabalho por turnos com trabalho noturno tem sido um alvo de vários trabalhos de investigação, os quais procuram comprovar as consequências negativas e suas implicações deste sistema de trabalho na vida dos trabalhadores.

De um modo geral este tipo de organização de trabalho parece ser prejudicial para a saúde e para o bem-estar, pelo facto do sistema rotativo de horário entrar em conflito com o ritmo biológico normal do organismo. Desta forma, a sua interferência com os ritmos circadianos poderá provocar perturbações fisiológicas, psicológicas e emocionais, afetando negativamente a vida social e familiar.

Os profissionais de enfermagem têm um vasto conhecimento de fisiologia e farmacologia, o que em situações de perturbação fisiológica, psicológica e emocional, podem fazer uso desse conhecimento, nomeadamente no que concerne à prática da automedicação.

A pertinência deste estudo prende-se com a constatação pessoal, de que este tipo de horário de trabalho pode ter alguma influência na prática da automedicação dos enfermeiros e trazer repercussões negativas na sua qualidade de vida a nível pessoal e profissional.

A presente dissertação tende assim em contribuir para uma maior visibilidade do trabalho por turnos com trabalho noturno nos enfermeiros, uma vez que existem escassos estudos

em Portugal que relacionem o trabalho por turnos com trabalho noturno, a automedicação e o impacto na qualidade de vida.

Este trabalho está estruturado de uma forma lógica e contributiva para a investigação. Inicialmente é apresentada a introdução com os respetivos objetivos e hipóteses de investigação. Posteriormente será apresentado o enquadramento teórico, onde são abordados temas pertinentes ao desenvolvimento do estudo, que se inicia com a problemática do trabalho por turnos e sua afetação nos ritmos biológicos/circadianos da pessoa; contextualização da profissão de Enfermagem e respetiva envolvimento no trabalho por turnos, qualidade de vida e automedicação.

De seguida são apresentados os métodos utilizados para a realização do estudo, fazendo referência: ao tipo de estudo, população, amostra, variáveis, instrumento de colheita de dados, considerações éticas e por fim o tratamento estatístico utilizado.

Posteriormente é feita uma explanação dos resultados obtidos e respetiva análise e discussão, conclusões e sugestões.

Por fim, são referenciadas as fontes bibliográficas consultadas.

1.1 - Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral avaliar a influência do trabalho por turnos com trabalho noturno, na automedicação, na qualidade de vida e no estado de saúde dos enfermeiros de um hospital.

1.3 - Objetivos Específicos

- Avaliar e comparar o estado de saúde (físico e mental) e a qualidade de vida dos enfermeiros que trabalham por turnos com trabalho noturno e dos enfermeiros que laboram em turnos diurnos e fixos;
- Avaliar e comparar a prevalência de perturbações físicas, psicológicas, sociofamiliares e do sono, dos enfermeiros que trabalham por turnos com trabalho noturno e dos enfermeiros que trabalham em turnos diurnos e fixos;

- Avaliar e comparar a prática da automedicação em enfermeiros que trabalham por turnos com trabalho noturno e dos enfermeiros que trabalham em turnos diurnos e fixos.

1.3 - Hipóteses de Investigação

H1: Existe associação negativa entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a qualidade de vida e estado de saúde (físico e mental) dos enfermeiros.

H2: Existe associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prevalência de perturbações físicas, psicológicas, sociofamiliares e do sono (estado de saúde).

H3: Existe associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prática da automedicação.

2 – TRABALHO POR TURNOS

O trabalho por turnos e noturno é uma prática laboral exigida por algumas organizações como forma de funcionamento, quando têm que prestar obrigatoriamente serviços nas vinte e quatro horas do dia. É um tema que, no campo laboral, suscita uma reflexão sobre as suas consequências e implicações na saúde dos trabalhadores, uma vez que são cada vez mais os estudos publicados que sugerem que este tipo de trabalho resulta em consequências negativas para a saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Em 1879, Thomas Edison inventou a lâmpada elétrica, possibilitando um pouco mais tarde (1882) uma fonte confiável de força/energia. Este foi o maior evento relevante na história para a generalização do trabalho por turnos com trabalho noturno, já que veio permitir a utilização de equipamentos em tempo integral e a oferta de bens e serviços, sem interrupção, possibilitando assim um aumento dos períodos de trabalho.

Com o decorrer dos tempos e com a evolução das necessidades dos povos, surge a necessidade de colmatar essas mesmas necessidades, pelo que se torna imprescindível um trabalho contínuo que envolve o alargamento das comunicações entre os trabalhadores, que resultam em entregas noturnas de correio, navegação e transporte terrestre. As profissões de segurança e manutenção da lei, padarias e hospitais exigiam cobertura em tempo integral para sociedades em crescimento. (Fischer, F. et al, 2004).

Para melhor compreender a problemática do trabalho por turnos é essencial perceber a sua concetualização.

De acordo com o Decreto-Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto, considera-se trabalho por turnos:

“Qualquer modo de organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupem sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o ritmo rotativo, que pode ser de tipo contínuo ou descontínuo, o que implica que os trabalhadores podem executar o trabalho a horas diferentes no decurso de um dado período de dias ou semanas”. (art. 188º)

De acordo com o Decreto-Lei n.º 59/2008 o trabalhador noturno é “aquele que execute, pelo menos, três horas de trabalho normal noturno em cada dia ou que possa realizar durante o período noturno uma certa parte do seu tempo de trabalho anual, definida por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho ou, na sua falta, correspondente a três horas por dia”. (art. 154.º)

Numa organização, em que existe a necessidade de realizar trabalho por turnos, como forma de manter a sua produtividade contínua, é essencial uma boa organização do tempo do trabalho e dos recursos humanos, pelo que a Lei n.º 59/2008 de 11 de Setembro, aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas estabelece, no art.º 150, as normas legais para a organização do trabalho por turnos, que refere:

“Sempre que o período de funcionamento ultrapasse os limites máximos dos períodos normais de trabalho devem ser organizados turnos de pessoal diferente; os turnos devem na medida do possível serem organizados de acordo com os interesses e as preferências manifestados pelos trabalhadores; a duração do trabalho de cada turno não pode ultrapassar os limites máximos dos períodos normais de trabalho; o trabalhador só pode ser mudado de turno após o dia de descanso semanal obrigatório; os turnos no regime de laboração contínua e dos trabalhadores que assegurem serviços que não possam ser interrompidos, devem ser organizados de modo a que os trabalhadores tenham um dia de descanso em cada período de sete dias, sem prejuízo do período excedente de descanso do qual o trabalhador tenha direito”.

Para Melo (2001) citado por Cruz, A. et al (2008), a distribuição de horário mais frequente é aquela em que se divide as vinte e quatro horas por três turnos de oito horas, ou seja, manhã, tarde e noite. Estes turnos podem ser praticados num sentido de rotação, que pode ser para a frente se ocorrer no “sentido horário”, por exemplo manhã-tarde-noite e rotação para trás se ocorrer no “sentido anti-horário” por exemplo noite-tarde-manhã.

Podem ainda ocorrer sistemas combinados, se incluírem características dos dois referidos atrás, por exemplo manhã-tarde-noite-tarde.

Moreno, et al (2003) citado por Cruz, A. et al (2008), referem que os turnos de rotação para a frente, ou seja, em “sentido horário” (manhã-tarde-noite) são os que mais favorecem o ritmo biológico em relação aos turnos de rotação para trás e combinado, uma vez que se verifica uma melhor adaptação do sistema circadiano.

2.1 - Síndrome da Mal Adaptação

O trabalho por turnos e noturno tem a potencialidade de causar distúrbios fisiológicos e psicossociais, expressando-se em sintomas imediatos e de longo prazo, constituindo a verdadeira síndrome da má adaptação ao trabalho por turnos.

A síndrome da má-adaptação ao trabalho engloba um conjunto de sintomas que ocorrem em trabalhadores por turnos mais precisamente no turno fixo da noite, como resultado da inadaptabilidade do trabalhador para inverter os seus ritmos circadianos e adaptar-se ao sistema de rotação de turnos.

Segundo Filho (2002), a inadaptabilidade ao trabalho por turnos e noturno pode levar ao uso abusivo de substâncias para dormir e de álcool, assim como a fadiga crónica e o aumento de reação de stresse. Os sintomas da inadaptabilidade estão relacionados com a dessincronização entre os ritmos biológicos e o meio-ambiente e inclui sintomas agudos e crónicos. Os agudos (ocorrem dentro do primeiro mês) manifestam-se por insónias (sono diminuído e de menor qualidade), sonolência excessiva no trabalho, mal-estar, perturbações do humor, ocorrência de erros e de acidentes aumentados, problemas familiares e sociais.

Os sintomas crónicos podem incluir doenças gastrointestinais (azia, diarreia, gastrite, ulcera péptica, obstipação), doenças cardiovasculares, perturbações do sono, abuso do consumo de substâncias que podem iniciar-se pelo álcool ou drogas como motivo para dormir, depressão, fadiga, absentismo, sensação de mal-estar provocada pela ansiedade, separação e divórcio (Filho, 2002).

Para Moore-Ede, Krieger & Darlington (1987) citado por Filho (2002), o trabalhador com síndrome da má adaptação ao trabalho por turnos nunca alcança um equilíbrio, uma vez que não há uma inversão dos ciclos biológicos. Muitos trabalhadores vão ao médico para tratar as suas queixas, mas na maior parte das situações são tratados apenas os sintomas. Se é verdade que a curto prazo pode trazer um alívio para o trabalhador, a médio e longo prazo o benefício é menor uma vez que o trabalhador continua exposto à causa do problema e não vai apresentar melhoria da sintomatologia.

Fischer, F. et al (2004) estudaram as variáveis que podem melhorar ou piorar a tolerância ao trabalho por turnos, salientando a ligação entre as condições de vida e o trabalho. Entre elas, as autoras destacaram o meio ambiente, fatores psicossociais, situação política, económica e social do país, escalas e carga de trabalho, referindo-se ainda às características individuais e tolerância ao trabalho por turnos. O grau de tolerância e a forma como o trabalhador se adapta ao trabalho por turnos vai determinar de forma significativa a sua qualidade de vida.

A planificação do horário de trabalho nomeadamente a distribuição dos turnos pelos trabalhadores é uma tarefa complexa pelo facto de se tentar satisfazer as necessidades dos trabalhadores e simultaneamente as necessidades da organização. Por conseguinte, para um

bom funcionamento da organização, é de extrema importância uma boa capacidade física, psicológica e emocional por parte dos trabalhadores, os quais por sua vez também são influenciados pela organização e distribuição do tempo de trabalho.

Esta organização implica ter em consideração um conjunto de critérios, que constituem uma ferramenta imprescindível para uma boa rotação de horários.

Knauth (1993) citado por Fischer, F. et al, (2004) analisa escalas de turnos e refere que, para determinar aspetos positivos e negativos de uma escala, é necessário avaliar o seguinte: “o número de turnos consecutivos de trabalho, a duração de cada turno, os horários de início e final dos diversos turnos, a direcção do rodízio entre os vários turnos, a regularidade dos horários de trabalho, a flexibilidade do sistema de turnos, os horários parciais ou em turno completo, e a distribuição do tempo livre”.

Uma distribuição de horário de trabalho que não tenha em consideração estas características ou determinados critérios que defendam o bem-estar do trabalhador terá maior probabilidade de provocar consequências na sua saúde, podendo manifestar-se em fadiga, cansaço e sonolência, que por sua vez poderá ter consequências na produtividade da organização.

Para Gradjean (1999) citado por Martins (2002), entre todos os horários possíveis, o que causa maior número de perturbações é o trabalho noturno, pelo facto do organismo estar adaptado ao trabalho durante o período de dia e consequentemente ao descanso e recuperação de energias durante o período da noite. Assim, o trabalho noturno exige do organismo um trabalho para o qual não é suposto dar resposta, pois a sociedade está organizada de forma funcional e com uma determinada sequência de trabalho-lazer-sono.

2.2 - Consequências do Trabalho por Turnos

Segundo Peate, I. et al (2007), o trabalho por turnos com trabalho noturno pode ter efeitos perturbadores na vida das pessoas, com aumento de desordens físicas e psiquiátricas.

Scott (2000) citado por Peate, I. et al (2007) salienta que o trabalho por turnos com trabalho noturno pode ter diversas consequências na saúde das pessoas nomeadamente: desordens cardiovasculares, gastrointestinais, apneia do sono, obesidade, abortos espontâneos, transtornos de humor e depressão.

2.2.1 - Perturbações Biológicas

Segundo Martins (2002), o trabalho por turnos com trabalho noturno, assim como o trabalho fixo diurno pode ter vantagens e desvantagens. No entanto em termos de consequências biológicas/fisiológicas foram feitos estudos comparativos entre os dois tipos e horários (fixos e rotativos com trabalho noturno) que revelaram que os turnos fixos são mais vantajosos do ponto de vista fisiológico.

O ser humano tem uma ritmicidade natural, as suas funções corporais são conduzidas por uma periodicidade que se complementa com as necessidades do organismo.

Como refere Rotenberg, et al (2001) citado por Ribeiro (2008), a maioria dos ritmos biológicos ocorre num período de 25,2 horas, a duração aproximada de um dia.

Os ritmos metabólicos diários como o adormecer e o acordar são regulados por uma função vital, designado de “relógio” circadiano, localizado no núcleo supraquiasmático (NSQ) do hipotálamo.

O ritmo sono-vigília tem uma duração aproximada de 24 horas, podendo sofrer algumas variações entre indivíduos. Assim, as zero horas de uma pessoa, não são obrigatoriamente as de outra, o que diferencia os matutinos dos vespertinos. (Tureck (1986) citado por Ribeiro (2008).

Como refere Santos, et al (2003) citado por Ribeiro (2008), numa situação de trabalho por turnos incluindo o trabalho noturno, os trabalhadores têm que inverter o seu ciclo normal de sono-vigília, de acordo com o horário de trabalho. Isto implica uma alteração entre o relógio biológico e as periodicidades ambientais que alinham o organismo num período de 24 horas, o que resulta em perturbação do ritmo circadiano. Esta perturbação tem contribuído para diversas queixas dos trabalhadores por turnos, nomeadamente indisposição, sonolência, insónia, outras perturbações do sono, diminuição do apetite, disfunções gastrointestinais, diminuição da concentração e do desempenho, irritabilidade, fadiga e diminuição do bem-estar.

Fischer, F. et al (2004), citado por Martins (2002), referem que as perturbações mais conhecidas como resultado do trabalho por turnos com trabalho noturno são os distúrbios do ritmo biológico, as dificuldades para conciliar o trabalho com a vida doméstica, a sobrecarga musculoesquelética e as doenças do foro mental.

Cruz (1995) citado por Santos, R. et al (2008) referem que os trabalhadores por turnos podem sofrer diversas manifestações clínicas, mas as mais comuns são as alterações a nível digestivo.

Segundo Baney (2011) acrescentam que os trabalhadores por turnos têm taxas mais elevadas de depressão especialmente nas mulheres. A depressão pode manifestar-se por insuficiência de memória e de concentração, apatia, letargia e transtornos de humor.

As mulheres que trabalham por turnos têm maior risco de desenvolver cancro da mama, mais propícias à infertilidade e alterações do ciclo menstrual o que dificulta a possibilidade de engravidar, comparativamente às mulheres que trabalham em horário fixo.

2.2.2 - Perturbações do Sono

De acordo com o Center for Continuing Education (2012), o sono é um estado normal recorrente que se manifesta com a perda da capacidade de resposta ao meio externo. É um estado ativo fisiológico que envolve mudanças dinâmicas na função neuronal, metabólica e cardiorrespiratória.

O distúrbio do sono como consequência do trabalho por turnos com trabalho noturno é de extrema importância na saúde pública dos trabalhadores, pelo que já foram classificados na Classificação Internacional dos distúrbios do sono, segunda edição (ICSD-2), que enuncia mais de 80 distúrbios do sono, incluindo perturbações do sono resultantes da alteração do ritmo circadiano.

A International Classification of Sleep Disorders (ICSD-10) referencia o “Distúrbio do Sono do Trabalho por turnos” no grupo dos “Distúrbios do Ritmo Circadiano do Sono”, estando incluído na categoria das “Dissónias”, ou seja, distúrbios do sono que se revelam com sonolência excessiva durante o dia.

O Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM – IV, 2002) faz a distinção na secção das dissónias, a categoria diagnóstica “F512. Perturbações do Ritmo Circadiano do Sono (307.45)”, especificando quatro subtipos, um dos quais é o “Tipo trabalho por turnos”. Nesta perturbação do ritmo circadiano do sono “o ciclo sono-vigília endógeno é normal e a perturbação resulta do conflito entre o padrão do sono-vigília resultante do sistema circadiano individual e o padrão exigido pelo trabalho por turnos”.

Os distúrbios do sono resultantes da alteração do ritmo circadiano são caracterizados por tempos de sono-vigília, que ocorrem várias horas mais cedo do que os tempos convencionais ou desejados. Ocorre um avanço do período habitual de sono, como por exemplo o facto de dormir seis horas e acordar às duas horas da manhã. Estas pessoas têm tendência a sentir sonolência excessiva diurna no final da tarde e no início da noite com despertares.

Como refere Filho (2002), a consequência mais evidente das alterações dos ritmos circadianos é a insónia, que resulta de uma tentativa de adormecer na fase circadiana errada levando à perda de sono. O deficit de sono e a procura constante do organismo em funcionar à noite como se fosse no período de dia contribui para uma sonolência excessiva e, consequentemente diminuição da atenção e concentração.

Zec and Manthene (2005) citado por Peate, I. et al (2007) referem que a desordem do sono é caracterizada por: excesso de sono quando as horas de trabalho são no horário normal de sono e insónia quando se tenta dormir durante o período normal de estar acordado.

Rotenberg, et al (2001) citado por Martins (2002) estudaram os efeitos do trabalho por turnos na qualidade do sono, pelo que concluíram que, os efeitos prejudiciais do sono recaem mais sobre as mulheres, no entanto o lazer, os estudos e as relações amorosas são afetadas tanto nas mulheres como nos homens, tendo um impacto intenso na qualidade do sono.

Para Ribeiro (2008), a queixa mais frequente dos trabalhadores é a insónia crónica, que ocorre devido à tentativa de adormecer na fase circadiana errada, pelo que se torna difícil manter um sono reparador durante o dia.

De acordo com Cruz (1995) citado por Santos, R. et al (2008), referem que as alterações da duração da qualidade do sono “levam ao aparecimento de um estado de fadiga mental”, tendo como consequência uma diminuição do estado de vigília afetando negativamente o rendimento do trabalhador.

Glenville, et al citado por Reinberg, et al (2001), acrescentam que uma noite de privação de sono prejudica o desempenho em termos de tempo de reação e pode levar a consequências médicas e psicológicas.

A maioria dos trabalhadores por turnos com trabalho noturno, têm dificuldades em dormir durante o dia devido a barulhos em casa, na sua proximidade e comunidade. O sono de má qualidade tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo leva à sonolência. Para colmatar esta necessidade de dormir, muitos trabalhadores recorrem ao uso de medicamentos hipnóticos e também à utilização de álcool.

Como refere Wedderburn et al (2000) citado por Costa (2009), durante os momentos em que há um deficit de sono, os trabalhadores sentem-se cansados, exaustos e o seu desempenho profissional é afetado. Se a situação se prolongar, poderá evoluir para um quadro de fadiga crónica e perturbação do humor, pelo que o trabalhador recorre ao uso de fármacos indutores do sono (hipnóticos, sedativos e tranquilizantes) e anti-depressivos assim como a um aumento no consumo de café, álcool e tabaco.

A fadiga é frequentemente relatada por trabalhadores por turnos e muitas vezes é uma manifestação de um distúrbio de sono perturbando a sua qualidade. A prevalência de distúrbios de sono é de aproximadamente 30 %. (Wedderburn, (2000) citado por Costa (2009)

2.2.3 - Perturbação da Vida Social e Familiar

O trabalho por turnos exige uma organização muito eficaz da vida familiar. As famílias vivem em sociedade, logo as suas necessidades também estão dependentes da sociedade em que vivem.

A vida em sociedade está organizada na sequência trabalho – lazer – repouso/sono, pelo que um sistema de trabalho de turnos rotativos especialmente com trabalho noturno afeta negativamente a vida social e familiar dos trabalhadores, pois verifica-se um desajuste entre os dias de descanso ou folga com os dos seus familiares, amigos e até com o horário dos serviços oferecidos pela sociedade.

O trabalho por turnos também pode dificultar a necessidade de lazer, que é imprescindível para o restabelecimento da saúde física e mental do trabalhador.

Segundo Silva, et al (2011) o conceito de lazer foi proposto inicialmente por Dumazedier (1979):

“O lazer é o conjunto de ocupações, às quais o indivíduo se pode entregar de livre vontade, seja para repousar, seja para se divertir e entreter ou ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais”.

Júnior (2003) citado por Silva, et al (2011) definem as atividades de lazer de um modo mais abrangente, pela conjunção de dois parâmetros: um de carácter social (o tempo) e outro de carácter individual (o prazer), salientando alguns indicadores que permitem uma melhor compreensão do conceito de lazer.

- “As atividades de lazer são vivências culturais, em seu sentido mais amplo, que englobam os diferentes interesses humanos, as diversas linguagens e manifestações”;
- “As atividades de lazer podem ser realizadas no tempo livre das obrigações profissionais, familiares, domésticas, religiosas e das necessidades físicas. Isso não

quer dizer que não há obrigações nos momentos de lazer, pois a diferença está no grau de obrigação. No lazer, pode-se optar com maior facilidade pelo que se deseja fazer e em qualquer momento”.

- “Os sujeitos buscam as atividades de lazer tendo como referência o prazer que possibilitam embora nem sempre isso ocorra e embora o prazer não deva ser compreendido com exclusividade das possibilidades de lazer”.

A vida laboral por turnos compromete de certa forma a vida social e todas as atividades que transmitem bem-estar, nomeadamente o lazer vivido de forma individual, familiar e social.

Santos, R. et al (2008), defendem que o trabalho por turnos pode originar algumas modificações na personalidade do trabalhador, expressando-se através de comportamentos de “nervosismo” ou “queixas nervosas”.

Cruz, et al (1995), citado por Santos, R. et al (2008), referem que determinadas alterações comportamentais são expressas por sintomas experienciados pelos trabalhadores, assim como “estado de aborrecimento”, reações emotivas” e irritabilidade.

Essas alterações psicológicas criam uma instabilidade no estado de humor do trabalhador, afetando negativamente as relações interpessoais, desde a esfera pessoal à esfera familiar.

Para Fisher, F. et al (2004), o trabalho por turnos tem a potencialidade de criar dificuldades: a nível do convívio social, no acesso a bens de consumo, no contexto familiar (dificuldades na supervisão e educação dos filhos) e na organização das tarefas da casa. Na vida conjugal, este sistema de trabalho “pode levar a um desencontro entre os membros do casal contribuindo para o aparecimento ou agravamento de dificuldade de comunicação”.

Como refere Emídio (1998) e Estaca (1998) citado por Cruz, A. et al (2008), o trabalho por turnos altera de forma significativa a vida do cônjuge, uma vez que exige a conciliação das tarefas domésticas com o período de sono do trabalhador, o que por sua vez também influencia o comportamento dos filhos no sentido em que estes se sentem obrigados a fazer menos barulho e a adaptarem as suas atividades à presença do trabalhador. Esta dinâmica de organização leva a uma menor convivência e interação com o progenitor que trabalha por turnos.

Melo, et al (2001) citado por Costa (2009) reforça a problemática da dessincronização dos horários do trabalhador com a família e a sociedade, salientando como consequências: o impedimento de acompanhar normalmente a vida dos seus familiares (aparecimento de

problemas de relacionamento com os filhos e com o cônjuge) e impede a participação em atividades sociais, o que pode contribuir para o isolamento social.

Estaca (1998) citado por Costa (2009) acrescenta que, quando apenas um membro do casal trabalha por turnos, o outro pode sentir uma sobrecarga de trabalho, no sentido em que as exigências a esse membro e aos filhos podem ser quase impossíveis de concretizar.

Arco (2001) citado por Cruz, A. et al (2008) refere que o horário com maior desgaste é precisamente o turno da noite. Os turnos de fim-de-semana e de dias festivos também causam transtorno na vida familiar e social, mas o facto de terem folgas nos dias de semana tem algumas vantagens.

Relativamente às vantagens, Rosa, et al (1990), citado por Costa (2009), referem que o trabalho por turnos apresenta uma vertente positiva, no sentido em que permite uma maior flexibilidade nas horas do dia. Esta flexibilidade facilita o acesso a serviços públicos, consultas médicas, compras, disponibilidade para o cuidado dos filhos ou idosos a cargo e conjugação de um segundo emprego.

2.3 – Enfermagem e Trabalho por Turnos

O trabalho por turnos e noturno constitui uma necessidade das instituições hospitalares, o que exige um tipo de horário que afeta significativamente os profissionais enfermagem.

O sentido rotativo de horário geralmente é definido no sentido de Manhã – Tarde – Noite – Descanso – Folga (M-T-N-D-F), podendo ser alterado devido à necessidade de conciliar horário inter-equipa por diversos motivos, entre o quais: amamentação, horário de trabalhadores-estudantes, formação contínua, pessoal de baixa médica, etc. Nem sempre a seguir ao descanso (D) os enfermeiros têm direito à folga (F). Sempre que existe a possibilidade, tenta-se que os descansos coincidam com o fim-de-semana, pelo menos de quatro em quatro semanas e, na impossibilidade, é atribuído um dos dias de descanso ao sábado ou ao domingo.

Como refere Cruz (2003) citado por Cruz, A. et al (2008) o sistema de rotação de turnos do trabalho dos enfermeiros funciona como um sistema rápido, num regime de três turnos rotativos de oito horas, sendo os mais frequentes durante a manhã (8-16 horas), tarde (16-24 horas) e noite (0 -8 horas). Esta sequência pode ser alterada conforme as necessidades dos serviços. Os enfermeiros com idade superior a 50 anos poderão ser excluídos do trabalho por turnos e noturno se o entenderem.

Contudo o número de horas de trabalho pode prolongar-se por vários motivos, tais como o excesso de atividades para efetuar, tempo gasto na passagem do turno ou ainda em situações de emergência e/ou urgência, como por exemplo a transferência de doentes entre instituições de saúde.

No contexto das condições de trabalho, a temática do trabalho por turnos com trabalho noturno é apenas um pequeno vértice desta problemática. As condições de trabalho têm um valor muito significativo na estabilidade da vida laboral, o que é bem frisado no código deontológico dos enfermeiros.

Segundo o código deontológico dos enfermeiros inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), no artigo 88 (alínea d), os enfermeiros têm o dever de:

“d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados.”

Segundo Lautert, Chaves & Moura (1999) citado por Martins (2002), o trabalho dos profissionais de enfermagem no âmbito do contexto hospitalar, exige um trabalho contínuo de 24 horas, o que por si só constitui um factor stressante. Na análise de uma grande percentagem de pessoas que trabalham por turnos, verificou-se uma série de perturbações de saúde, principalmente físicas.

Peate, I. et al (2007) refere que, no turno da noite, os efeitos da privação do sono podem afetar a qualidade dos cuidados do enfermeiro.

Muecke (2005) citado por Peate, I. et al (2007) refere que a *performance* do enfermeiro fica afetada por mau sono de dia que se reflete na sua saúde e consequentemente pode levar a uma redução da qualidade do trabalho no âmbito da segurança do doente.

Panton et al (1997) citado por Peate, I. et al (2007) refere que a defração do sono e a fadiga reduzem o estado de alerta e potencialmente comprometem a segurança dos enfermeiros.

Landrigan et al (2009) citado por, Peate, I. et al (2007) reforçam que a diminuição do estado de alerta do enfermeiro pode levar a uma maior ocorrência de erros clínicos comprometendo a saúde e o bem-estar do paciente. A performance psicomotora pode ficar afetada pela fadiga durante a realização dos cuidados.

Em 1997, foi feito um estudo com participantes em privação de sono num período de 28 horas, pelo que verificaram uma redução das qualidades psicomotoras, o que equivale a

uma pessoa com 0,10 % de álcool no sangue; concluíram que o trabalho noturno não só afeta a qualidade e segurança do paciente, como também compromete a saúde dos enfermeiros.

Hart, et al (2003) citado por Peate, I. et al (2007) referem que os trabalhadores por turnos rotativos têm um risco aumentado de acidentes no trabalho. Swaen, et al (2005) citado por Peate, I. et al (2008), defendem que os trabalhadores noturnos têm 3 vezes mais hipóteses de ter um incidente no trabalho que os trabalhadores de dia.

Barger, et al (2005) referem que indivíduos com trabalho por turnos têm o dobro do risco de estar envolvidos em acidentes de viação no trajeto casa-trabalho.

Costa, Morita & Martinez (2000) citado por Martins (2002) estudou os efeitos do trabalho por turnos na saúde e na vida social de uma equipa de enfermeiros em contexto hospitalar, concluindo que a saúde é afetada em primeira instância por distúrbios neuro psíquicos, cardiovasculares e gastrointestinais; em segunda instância a vida social é afetada negativamente pela interferência no relacionamento pessoal, familiar e social; e em terceira pela dificuldade em planear e organizar a sua vida, uma vez que a grande maioria das pessoas são casadas e com filhos.

O facto dos efeitos prejudiciais do sono recaírem mais sobre as mulheres, o que também é justificado por Waidele (1996) citado por Martins (2002) que faz referência ao facto de haver uma maior predominância do sexo feminino na área da enfermagem, pode provocar um empobrecimento da qualidade de vida pelo facto destas realizarem simultaneamente os trabalhos de dona de casa e a sua atividade profissional.

3- QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida passou a ser utilizado mais recentemente como forma de luta por melhores condições de vida no trabalho e os seus direitos associados. Desta forma, além de ser utilizado em contexto de linguagem comum, passou também a ser utilizado em contexto científico aplicando-se a diversas áreas de saberes.

Assim, importa para o presente estudo, tentar definir da melhor forma possível o conceito de qualidade de vida. A qualidade de vida pode ser definida como o grau de satisfação de uma pessoa com a sua vida atual, tendo em comparação a vida que idealizava. Já a qualidade de vida no trabalho pode ser definida como a satisfação do funcionário no seu local de trabalho, tendo em conta o meio que o rodeia, como os processos/métodos laborais, o tipo de estratégia e adaptação que o trabalho requer, ou seja, todos os estímulos recebidos pelo trabalhador no local.

Como podemos concluir, não é fácil definir qualidade de vida porque o próprio conceito pode ter significados diferentes em diferentes perspetivas, em pessoas diferentes, em idades diferentes e em contextos distintos. Esta perceção subjetiva depende do que cada um pensa relativamente ao valor de vida e às prioridades que estabelece na sua própria vida, que são únicas, específicas e individuais.

Tal como refere Leal (2008), o conceito qualidade de vida é complexo, ambíguo, lato, volúvel, e difere de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo indivíduo se modifica ao longo do tempo: o que hoje é boa qualidade de vida pode não ter sido no passado e poderá não ser daqui a algum tempo.

A noção de qualidade de vida depende da perceção que cada um tem de si e dos outros incluindo obrigatoriamente as suas circunstâncias físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que o individuo se encontra.

O conceito de qualidade de vida foi usado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando referiu: *“os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”*.

A qualidade de vida era visualizada e pensada segundo um cariz económico, como uma única forma de proporcionar melhores condições de vida às pessoas. Com a evolução dos tempos, mais precisamente a partir dos anos 80, verificou-se que o conceito de qualidade de vida envolvia diferentes perspetivas nomeadamente a biológica, psicológica, cultural e económica, o que traduzia o conceito multidimensional, afirmando-se posteriormente nos

anos 90 a importância da multidimensionalidade e da subjetividade inerente ao conceito de qualidade de vida, uma vez que cada indivíduo avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal nas diferentes perspectivas e dimensões de qualidade de vida.

Whoqol group (1995) citado por Ilic, I. et al (2010), definem qualidade de vida como uma percepção individual da sua posição na vida, tendo em conta o contexto da cultura e do sistema de valores onde reside e também da sua relação com os seus objetivos, expectativas, preocupações e normas.

Janse, et al (2004) citado por Ilic, I. et al (2010) introduz a noção de multidimensionalidade ao referir que qualidade de vida deve ser pensada com a dimensão psicológica, emocional, mental, social e comportamental.

Kluthcovsky, A. et al (2007) referem que, com o passar dos anos o conceito de qualidade de vida ampliou-se para além do crescimento económico, englobando o desenvolvimento social como a educação, saúde, lazer e etc, passando a dar-se relevância à satisfação, qualidade do relacionamento, realização pessoal, percepção de bem-estar, oportunidades de lazer, entre outros, como a felicidade, solidariedade e liberdade. Desta forma, vem acrescentar o conceito de mutabilidade partindo-se do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida pode mudar em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural.

Como refere Seidl, E. et al (2004), a natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida implica que, na sua avaliação tenha que ter em conta obrigatoriamente quatro dimensões: física (percepção do indivíduo sobre a sua condição física), psicológica (percepção do indivíduo sobre a sua condição afetiva e cognitiva), relacionamento social (percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida), ambiente (percepção do indivíduo sobre diversos aspetos relacionados com o ambiente onde vive).

A qualidade de vida é uma área de estudo que tem atraído cada vez mais investigadores ao tema. No século passado foram desenvolvidos modelos e instrumentos que pudessem mensurar o objeto desta investigação. A qualidade de vida foi estabelecida como uma espécie de bem-estar material ou mesmo como uma riqueza. (McCall (2005); Ruzevicius (2006), citado por Seidl, E. et al (2004)

Posteriormente, com a metamorfose da sociedade, os valores também mudaram, assim como a própria idealização da vida, que ganhou outro sentido. (Ferrer, 2002; Juozulynas, 2004, citado por Seidl, E. et al (2004). Posto isto, atualmente a aceção que temos deste termo deverá abranger todos os elementos.

Leal (2008) propõe um novo conceito de qualidade de vida referindo que qualidade de vida *“é o resultado da soma do meio ambiente físico, social, cultural, espiritual e económico onde o indivíduo está inserido, dos estilos de vida que este adopta, das suas ações e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia. E também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.”*

Por fim, como refere a Organização Mundial da Saúde – OMS (1998), o conceito de qualidade de vida de cada indivíduo reflecte a percepção de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou não, ainda que, lhes esteja a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência do seu estado de saúde físico ou das suas condições sociais e económicas.

A nível laboral, a qualidade de vida é influenciada pelo estado físico e mental de um indivíduo, isto é, a medida do seu nível de independência nas relações sociais, entre outros fatores. O estado físico (cansaço, fadiga, stress), o estado emocional (nervosismo, ansiedade, etc.), as relações sociais (entre colegas, superiores e auxiliares) e também os próprios estímulos recebidos pelo meio laboral em que o trabalhador se insere (como por exemplo a sua segurança).

A conclusão a que chegamos é que o termo qualidade de vida no seu sentido lato está intimamente ligado ao termo qualidade de vida no trabalho, isto porque passamos a maior parte do nosso dia no local de trabalho e não é possível afastar uma coisa da outra, uma vez que somos seres humanos e não máquinas.

A qualidade de vida no trabalho é então, indubitavelmente, a componente mais importante da qualidade de vida, envolvendo a saúde e bem-estar, a garantia do emprego, o planeamento da carreira profissional tendo em conta a vida social (o equilíbrio entre ambos), o desenvolvimento de competências e a realização pessoal/profissional.

Segundo Van de Looij Benders (1995) e Ruzevicius (2006), citado por Kluthcovsky, A. et al (2007) os resultados destas avaliações acerca da qualidade de vida e fatores de qualidade no ambiente profissional poderiam abrir portas ao estabelecimento de programas sociais, ao desenvolvimento e implementação de desenvolvimento destas práticas em organizações nacionais e internacionais.

Em bom rigor, a qualidade de vida para existir, depende de fatores externos, ou seja, boas condições de vida ou circunstâncias específicas vão determinar o tipo de qualidade de vida e por conseguinte a satisfação do indivíduo.

Fatores associados ao tempo que se passa em família, ao tempo de sono, à existência de vida social, a uma rotina (que por vezes é nula quando se trabalha por turnos, em especial à noite – o enfermeiro dorme durante o dia, ao contrário da maioria das outras pessoas), o stress, a crise, entre outros aspetos influenciará o bem-estar do trabalhador e também a sua atividade laboral.

Este conceito está assim intimamente ligado a várias componentes laborais, sendo a separação do estado de espírito do indivíduo impossível de separar da sua conduta profissional. O empenho, desempenho, motivação, produtividade e eficiência estão ligados à qualidade de vida do sujeito.

3.1 - Perspetiva Biológica

Quando se procura definir qualidade de vida, há uma tendência para relacionar o conceito com o nível de saúde da pessoa, associando-se qualidade de vida a um bom estado de saúde. Na presença de patologias é expectável que todos os tratamentos tenham como objetivos melhorar a qualidade de vida das pessoas. No campo da oncologia esta perspetiva toma uma dimensão muito considerável no sentido em que se procura constantemente transmitir conforto e bem-estar, melhorando a sua condição de vida. Tal como refere Fleck (1999) *“a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham a sua sobrevivência aumentada devido aos tratamentos realizados já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos”*. Segundo Seidl, E. et al (2004), na área da saúde, quando se está diretamente ligado à prestação de práticas de serviços de saúde, há uma tendência em referir *“qualidade de vida como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição”*.

Na perspetiva biológica, qualidade de vida é perspetivada segundo a perceção que o indivíduo possui da sua afeção física e da sua capacidade para realizar determinadas tarefas antes de ocorrerem mudanças no seu estado de saúde. Portanto o indivíduo perceciona como qualidade de vida a manutenção ou o readquirir as suas capacidades físicas de forma a igualar o seu estado de saúde a um estado saudável, ou seja, a um estado em que ainda não se tinha efetuado mudanças no seu estado de saúde de forma negativa.

3.2 – Perspetiva Cultural

Para Leal (2008), a perspetiva cultural sobre a qualidade de vida está diretamente relacionada com a educação na infância, com a transmissão de valores ao longo do seu desenvolvimento, o que vai moldando a sua personalidade e o seu conceito de qualidade de vida.

“Nesta fase da vida os pais transmitem aos filhos hábitos e valores próprios inerentes ao meio cultural onde estão inseridos (exemplo: tipo de vestuário e modo de o usar, tipo de alimentação, relacionamento social, hábitos religiosos...), esta realidade vai influenciar a personalidade individual da criança, que, quando adulta, provavelmente adoptará estilos de vida semelhantes aos dos seus progenitores”.

Sperandio, A. et al (2010) referem que a qualidade de vida é considerada como a perceção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, incluindo a dimensão ética e política.

Segundo Almeida, M. et al (2010) citado por Sperandio, A. et al (2010), a biografia que descreve apenas indicadores sem fazer relação direta com a qualidade de vida de forma mais ampla, ou seja, que se debruça apenas sobre características como escolaridade, ausência dos sintomas das doenças ou condições de habitação, como indicadores de qualidade de vida sem investigar a sua dimensão nas pessoas envolvidas, por um lado contribui para a investigação em grandes grupos, mas por outro, deixa de considerar a subjetividade e a cultura, que são duas dimensões com um grande contributo na discussão e definição de qualidade de vida.

3.3 - Perspetiva Psicológica/ Sociológica

Na perspetiva psicológica, a qualidade de vida é reflectida segundo um prisma de subjetividade, tendo em conta a personalidade e o “eu” da pessoa, pelo que a definição deste conceito é fortemente dependente destes fatores.

Para Leal (2008), na perspetiva psicológica a qualidade de vida é *“auto-estima e respeito pelo seu semelhante, é saber ultrapassar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental, é saber aproveitar os momentos de felicidade, é saber manter relações sociais, é*

ter boas expectativas em relação ao futuro, é ajudar o próximo, é ser fiel a si próprio, é gostar da vida, é ser ético”.

Pensar em qualidade de vida, implica pensar que o indivíduo pense em si próprio, nos outros e na vida em sociedade.

A OMS (1995) vem apoiar este pensamento fortalecendo a necessidade da ligação entre a perspectiva cultural e psicológica, referindo: *“qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.*

Para Leal (2008), para avaliar qualidade de vida segundo uma perspectiva psicológica é essencial ter em conta a imagem corporal, a actividade profissional, a capacidade para realizar actividades de vida diárias (AVD’S), a mobilidade, a capacidade para manter relações com os outros, a saúde e os aspetos que cada um considera contribuir para a sua felicidade.

Minayo, et al (2000) citado por Sperandio, A. et al (2010, abordam qualidade de vida como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento económico e social de determinada sociedade.

3.4 – Perspetiva Económica

Segundo Kluthcovsky, A. et al (2007), após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de qualidade de vida passou a ser muito utilizado e relacionado com a noção de sucesso associado à melhoria do padrão de vida, buscando-se activamente em primeira instância a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e outros bens adquiridos. O termo qualidade de vida passou a ser usado como forma de criticar as políticas, nas quais o objetivo principal era o crescimento económico de forma avultada. Com o passar do tempo o conceito foi sendo ampliado de uma forma dupla, por um lado medir o quanto uma sociedade se tinha desenvolvido economicamente, e por outro uma ampliação do conceito ao desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, etc.

Segundo Leal (2008), não se pode afirmar que o excesso de bens materiais e financeiros seja sinónimo de qualidade de vida em termos económicos.

Na perspetiva económica, o contexto de qualidade de vida está diretamente relacionado com os recursos económicos e materiais que o indivíduo possui, contudo também está

subjacente uma subjetividade. Para os indivíduos que ambicionam adquirir valor económico, o facto de o atingir, pode significar que consideram que têm qualidade de vida. Contrariamente os que já possuem esse valor económico podem considerar que não têm qualidade de vida, pois atribuem a este conceito outros valores e dimensões.

4 - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

O termo qualidade de vida no trabalho (QVT) tem estado cada vez mais presente na dinâmica da gestão das organizações.

O crescimento e os ganhos de valor para as empresas estão relacionados com fatores que proporcionam satisfação e permitam que os colaboradores se sintam responsáveis por uma cota parte desse desenvolvimento, assumindo-se como uma parte integrante da organização.

Segundo Schmidt, et al (2006), a origem dos estudos sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é devida a Eric Trist e seus colaboradores. Em 1950, desenvolveram várias pesquisas e estudos no *Tavistock Institute* de Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas, com o objetivo de melhorar o ambiente de trabalho e vida dos trabalhadores.

A QVT foi abordada inicialmente numa perspectiva sociotécnica, uma vez que estava baseada numa sociedade progressista, a qual tinha como base a saúde, a segurança e a satisfação dos trabalhadores. Esta abordagem sociotécnica tinha como princípio principal a organização do trabalho a partir da análise e reestruturação da tarefa.

A partir da década de 80, deu-se o desenvolvimento no Japão, dos ciclos de controlo de qualidade e que se estenderam para as organizações do Ocidente, principalmente nas norte-americanas, em que o objetivo era o alcance da qualidade total.

Nos anos 90 deu-se uma expansão dos conhecimentos sobre QVT, pelo que países como França, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Holanda e Itália adoptaram métodos e modelos de trabalho que propiciavam a satisfação dos clientes internos e externos. Em outros países como Inglaterra, Canadá, México e Índia o tema QVT também tem apresentado um desenvolvimento significativo.

Segundo Rodrigues (1994) citado por Rechziegel, et al (1999) “*a Qualidade de Vida no Trabalho-QVT tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência. Com outros títulos, em outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução de sua tarefa*”.

Vários são os conceitos que têm surgido ao longo do tempo como forma de definir qualidade de vida no trabalho que, basicamente, se resume a boas condições de trabalho que, em termos práticos, significa proporcionar satisfação, realização profissional e bem-estar ao trabalhador no desempenho das suas atividades laborais.

O conceito de QVT passa por noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve recentes discussões sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias.

De acordo com Vieira & Hanashiro (1990) citado por Rechziegel, et al (1999) o conceito de QVT é amplo, e pode ser definido como *“melhoria das condições de trabalho com extensão a todas as funções de qualquer natureza e nível hierárquico, nas variáveis comportamentais, ambientais e organizacionais que venham, juntamente com políticas de Recursos Humanos condizentes, humanizar o emprego, de forma a obter-se um resultado satisfatório, tanto para os empregados como para a organização. Isto significa atenuar o conflito existente entre o capital e o trabalho”*.

Fernandes (1996) citado por Rechziegel, et al (1999) define QVT como “a gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos e sócio-psicológicos que afetam a cultura e renovam o clima organizacional, reflectindo-se no bem-estar do trabalhador e na produtividade da empresa”.

Para Albuquerque, et al (1998) citado por Valdisser (2005), “a qualidade de vida no trabalho é um conjunto de ações de uma empresa que envolve diagnóstico e implementação de melhorias e inovações de gestão, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano na realização do seu ofício”.

O conceito de qualidade de vida no trabalho sofreu evoluções ao longo dos anos que podem ser sintetizados na tabela 1.

Tabela 1 - Evolução do Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho

Conceções Evolutivas do QVT	Características ou Visão
1- QVT como uma variável (1959 a 1972)	“Reação do indivíduo ao trabalho. Era investigada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.”
2- QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	“O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo, tendia a trazer melhorias tanto ao empregado quanto à direção.”
3- QVT como um método (1972 a 1975)	“Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era vista como sinónimo de grupos autónomos de

	trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.”
4- QVT como um movimento (1975 a 1980)	“Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos administração participativa e democracia industrial eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.”
5- QVT como tudo (1979 a 1982)	“Como panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.”
6- QVT como nada (futuro)	“No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passarão de apenas um "modismo" passageiro.”

Fonte: Nadler & Lawler (*apud* Fernandes, 1996) citado por Valdisser (2005)

Arts, (2001) citado por Akranaviciuté, D. et al (2007) refere que QVT só pode ser definida através de um conjunto de fatores, nomeadamente a satisfação no trabalho, envolvimento na *performance* do trabalho, motivação, eficiência, produtividade, segurança, saúde no trabalho, stress e etc.

Considine (2002) citado por Akranaviciuté, D. et al (2007), refere que qualidade de vida no trabalho pode ser definida como um conjunto de processos e estratégias que têm por finalidade a satisfação do funcionário. Esta qualidade depende das condições do trabalho e da eficiência organizacional.

Para Pizzoli (2005), para avaliar os índices de QVT é necessário recolher informações dos trabalhadores a respeito da sua satisfação e motivação, relacionadas com a excelência e dinâmica do serviço. Este trabalho de avaliação permite conhecer melhor o trabalhador, de modo a poder gerir e avaliar as suas informações e a promover um maior envolvimento com a organização, pelo que é fundamental para a qualidade de vida no trabalho e o desenvolvimento profissional.

Cavassani, A. et al (2006), refere que o psicólogo Mayo entre 1920 e 1940 investigou a relação do desempenho do trabalhador com o ambiente da organização e definiu um grupo de operárias que foram observadas em ambientes separados da linha de produção ao qual estavam familiarizadas. No final da experiência verificou que a produção tinha aumentado, constatou que a satisfação das operárias tornara-se evidente e revelou ainda que as condições de ambiente, tratamento igualitário, gestão de maior proximidade, respeito, valorização do trabalho, entre outros, foram fatores que serviram de estímulos positivos

para as funcionárias. Desta forma deu-se início à abertura para novos estudos sobre a qualidade de vida no trabalho.

Lunardi & Leopardi (1999) citado por, Cecagno, D. et al (2003), dizem que a organização social do trabalho antecede a análise sobre a questão da qualidade de vida dos trabalhadores, reforçando que, com as características produtivas do capitalismo, os trabalhadores foram submetidos a pressões físicas e psíquicas levando, assim, a qualidade de vida no trabalho a uma situação inferior ao desejado pela grande maioria dos indivíduos.

Oliveira, J. et al (2012) associa as necessidades humanas aos níveis de satisfação e insatisfação, e cita Maslow que defende que cada necessidade baseia-se numa satisfação prévia, dividindo as necessidades humanas em cinco níveis hierárquicos sob orientação de uma escala de satisfação em pirâmide. *“O primeiro nível estabelece a necessidades fisiológicas, àquelas essências à vida humana, alimentar, dormir, respirar e etc; o segundo nível trata da necessidade de segurança, moradia, trabalho, etc.; o terceiro nível da necessidade social parte-se do princípio que o homem precisa estar inserido e aceito em um grupo social, ele não pode viver isoladamente; o quarto nível trata da necessidade de auto-estima, evidenciando a importância do reconhecimento e prestígio externo, e por último, a necessidade de realização pessoal, onde todos buscam o sucesso e o auto desenvolvimento”*.

No âmbito do trabalho e da produtividade da organização, é imprescindível um bom índice de satisfação dos colaboradores para que se atinjam bons níveis de produtividade e competitividade satisfatórios para a organização, pelo que é fundamental analisar os níveis de satisfação destes colaboradores tendo por base a sua qualidade de vida no trabalho.

Oliveira, J. et al. (2012) referem que as empresas que buscam uma maior competitividade, necessitam de estar permanentemente atentas ao nível de satisfação de seus agentes sejam diretos e/ou indiretos, de modo a criar um clima organizacional favorável a uma maior motivação, com um programa de Gestão de qualidade de vida no trabalho. A organização deverá ter um instrumento auxiliar que servirá como um diagnóstico para alinhar as estratégias segundo as necessidades detectadas no processo de avaliação do nível de satisfação.

Chiavenato (1999) refere que a eficiência no trabalho não depende unicamente do método de trabalho e do incentivo salarial, mas também de um conjunto de condições de trabalho que garantam o bem-estar físico do trabalhador, estas condições passam por:

- Adequação de instrumentos e ferramentas de trabalho e de equipamentos de produção para minimizar o esforço do trabalhador e a perda de tempo na execução da tarefa;
- Arranjo físico das máquinas e equipamentos para racionalizar o fluxo da produção;
- Melhoria do ambiente físico de trabalho de forma que o ruído, a ventilação, a iluminação e o conforto no trabalho não reduzam a eficiência do trabalhador;
- Projeto de instrumentos e equipamentos especiais, como transportadores, seguidores, contadores e utensílios para reduzir movimentos inúteis.

Num contexto mais abrangente relativamente às condições de trabalho e à qualidade de vida neste, Bellusci & Fischer (1999) citado por Martins (2002), refere que deve existir um equilíbrio entre a capacidade dos trabalhadores, as suas exigências e os fatores stressantes do trabalho, de modo que não se perca a capacidade para o trabalho. Isto exige que seja feita uma avaliação frequente dos agentes que podem desencadear sintomas, lesões, doenças e das melhorias das condições de trabalho. Os estudos sobre o ambiente de trabalho, as alterações fisiológicas, as mudanças na própria capacidade para o trabalho, a influência na organização, os aspetos físicos e ergonómicos do trabalho propiciam condições para atingir o equilíbrio da relação entre a capacidade e o trabalho propriamente dito. É fundamental proporcionar ao trabalhador um estilo de vida ativo, saudável e boas condições de trabalho para se otimizar a capacidade funcional e a saúde dos trabalhadores.

Independentemente da oferta de condições ótimas de trabalho, é necessário ter em conta que o ser humano está em constante envelhecimento, o que se traduz em mudanças permanentes mudanças nas pessoas, que são próprias de cada um.

Gonçalves & Sell (2001) citado por Martins (2002) refere que as características próprias do envelhecimento podem modificar-se devido à atividade laboral. Ao longo da vida, a atividade laboral contribui para as alterações no organismo como resultado da forma como o trabalhador exerce o seu trabalho. Quando o trabalho é realizado em péssimas condições ambientais e de forma incorrecta, pode acelerar ou agravar o processo de envelhecimento, podendo-o tornar patológico e causar repercussões sobre a capacidade para o trabalho e qualidade de vida neste.

Modelo de QVT de Nadler e Lawler

Nadler e Lawler (1983), encaram a QVT como o resultado da relação entre a pessoa e o seu trabalho e a forma como o trabalhador se insere no ambiente organizacional, estabelecendo-se como parceiro nas tomadas de decisão e cliente interno.

A QVT apresenta-se sob a forma de grandes níveis de satisfação por parte dos trabalhadores, e inclui o assegurar da saúde, segurança e higiene no trabalho, assim como o bom relacionamento entre os colegas, um óptimo ambiente de trabalho e a prevenção de riscos psicossociais.

Chiavenato (1999) descreve que para Nadler e Lawler, a QVT está fundamentada em quatro aspetos:

- Participação dos funcionários nas decisões.
- Reestruturação do trabalho através do enriquecimento das tarefas e de grupos autónomos de trabalho.
- Inovação no sistema de recompensas para influenciar o clima organizacional.
- Melhoria no ambiente de trabalho quanto às condições físicas e psicológicas, horário de trabalho etc.

Estes aspetos demonstram que o ser humano passa a ser parte integrante das organizações e mostra a evolução da importância dos mesmos.

Walton (1973) citado por, Valdisser (2005), defende que existem oito categorias conceituais que permitem analisar a qualidade de vida no trabalho (QVT); a compensação justa e adequada que deve incluir um valor remuneratório justo, haver uma proporcionalidade entre a responsabilidade e esse valor, condições de segurança e saúde no trabalho, oportunidade de uso e desenvolvimento da capacidade humana (como autonomia, informações sobre o trabalho e múltiplas habilidades), oportunidade de crescimento contínuo e segurança (crescimento profissional e de carreira, perspectiva de progresso e sucesso) integração social na organização (ausência de preconceito e igualdade), constitucionalismo na organização do trabalho (direitos dos trabalhadores, normas e deveres), o trabalho e o espaço total da vida (tempo para a família, estabilidade de horários) e importância social da vida no trabalho.

Estas categorias demonstram as diversas necessidades que o ser humano precisa para se sentir satisfeito em termos de qualidade de vida, desde a esfera pessoal à profissional.

Tabela 2 – Modelo de Walton

Fatores de QVT	Dimensões
1 - Compensação justa e adequada	<ul style="list-style-type: none">• Salário adequado ao trabalhador.• Equidade ou compatibilidade interna.• Equidade e compatibilidade externa.
2 - Condições de segurança e saúde no trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Jornada de trabalho.• Ambiente físico (seguro e saudável).
3 - Utilização e desenvolvimento de capacidades	<ul style="list-style-type: none">• Autonomia.• Significado da tarefa.• Identidade da tarefa.• Variedade de habilidades.• Retroação e retroinformação.
4- Oportunidades de crescimento contínuo e segurança	<ul style="list-style-type: none">• Possibilidade de carreira.• Crescimento profissional.• Segurança do emprego.
5 - Integração social na organização	<ul style="list-style-type: none">• Igualdade de oportunidades.• Relacionamentos interpessoais e grupais.• Senso comunitário.
6 - Garantias constitucionais	<ul style="list-style-type: none">• Respeito às leis e direitos dos trabalhadores.• Privacidade pessoal.• Liberdade de expressão.• Normas e rotinas claras da organização.
7 - Trabalho e espaço total de vida	<ul style="list-style-type: none">• Papel balanceado do trabalho na vida pessoal
8 - Relevância social da vida no trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Imagem da empresa.• Responsabilidade social pelos produtos/serviços.• Responsabilidade social pelos empregados

Fonte: Adaptado de Chiavenato (1999, p. 393).

As condições de trabalho têm uma grande influência na qualidade de vida no trabalho, pelo que estas devem obedecer a um conjunto de regras mínimas que garantem a satisfação dos trabalhadores. Como refere Walton (1973) citado por Valdisser (2005), as condições de trabalho devem ser seguras e saudáveis, não expor o trabalhador a condições físicas ou ajustes de horários indevidamente penosos ou que causem detrimento da saúde. Tais condições de trabalho devem incluir uma carga horária que tem em conta um padrão normal de trabalho, procurando minimizar os riscos de doenças e acidentes e o

estabelecimento de limites de idade quando o trabalho for potencialmente perigoso para o bem-estar de pessoas abaixo ou acima de determinada faixa etária.

Um estudo japonês, relatou a ocorrência de acidentes com agulhas em enfermeiros que trabalham em hospitais universitários e respectivas causas (Ilhan, et al 2006 citado por Zhao, I. et al (2007).

Um terço dos enfermeiros indicou que estava a trabalhar por turnos. Assim foram distribuídos questionários anónimos, tendo em vista reunir informações sobre itens demográficos, tipos de programas, se o incidente tinha, ou não, sido comunicado e respectivas razões. Em 860 enfermeiros, 648 sofreram este tipo de incidentes. Os resultados demonstraram que estes trabalhavam em turnos rotativos mistos (dia e noite). Assim, foi associado um risco no valor de mais 1,67 nos enfermeiros que trabalhavam por turnos, relativamente aos que não trabalhavam por turnos (Ilhan et al (2006) citado por Zhao, I. et al (2007).

Outro estudo transversal, também foi realizado no Japão, com o objetivo de analisar vários fatores relacionados com acidentes de trabalho (Suzuki et al, (2004) citado por Zhao, I. et al (2007). Os sujeitos objeto de estudo foram 4.407 trabalhadores de enfermagem de oito grandes hospitais japoneses. Através do questionário foi possível recolher informações sobre a saúde mental, sono, e acidentes de trabalho, além de questões sobre variáveis demográficas e trabalho por turnos. Verificou-se que todos os enfermeiros que trabalhavam por turnos sofreram algumas das perturbações referidas.

Nos Estados Unidos em 2002, foi realizado um estudo transversal com 1163 enfermeiros de forma aleatória, com o objetivo de analisar o horário de trabalho rotativo, pelo que se verificou, que vários enfermeiros que têm estes horários sofrem de problemas musculares, distúrbios do pescoço, ombros e costas, ao contrário dos enfermeiros em horário fixo e diurno que não apresentaram estes problemas de saúde. Este estudo revela também, que longas horas de trabalho fazem com que a taxa de risco de lesões musculares aumente. (Lipscomb et al (2002) citado por Zhao, I. et al (2007).

A Associação de Enfermeiros, avaliou a qualidade do sono, saúde, ambiente de trabalho, experiência de trabalho e satisfação entre trabalhadores de enfermagem. Os resultados deste estudo indicaram que os enfermeiros a trabalhar por turnos rotativos, experienciavam mais problemas gastrointestinais e musculares, quando comparados com os outros enfermeiros (Sveinsdóttir, 2006, citado por Zhao, I. et al (2007).

Outro estudo, teve como finalidade extrair e comparar as taxas, tipologias, custos e tempo de incapacidade de lesões, para os enfermeiros que trabalham por turnos noturnos e para os

que não trabalham neste regime (Horwitz e McCall 2004) citado Zhao, I. et al (2007). Os autores concluíram que o número médio de dias necessários de baixa para o tratamento das lesões musculoesqueléticas após acidente de trabalho foi maior no grupo dos enfermeiros que trabalham por turnos.

4.1 – Qualidade de Vida nos Enfermeiros

Cada vez mais os trabalhadores passam grande parte do tempo da sua vida em contexto laboral e os enfermeiros não são excepção. São um grupo profissional que canaliza as suas energias e competências intelectuais e técnicas ao cuidado do ser humano, de forma contínua e permanente. Esta atividade profissional tem a especificidade de provocar tensão e pressão nos trabalhadores, no sentido em que, em inúmeras vezes estão sujeitos a uma alta intensidade de atividades. É uma profissão que revela em muitas circunstâncias, atividades potenciadoras de stresse, devido à prestação de cuidados de pessoas debilitadas e em sofrimento físico, psicológico e emocional.

Podemos considerar que além desta prestação directa de cuidados existe uma diversidade de fatores que têm uma elevada influência na qualidade de vida no trabalho, como fatores de organização, nomeadamente: características de estruturas físicas e organização do método laboral incluindo uma sobrecarga carga horária de trabalho.

Noutra perspetiva os profissionais também estão sujeito a uma tensão, na medida em que a sua atividade, em inúmeras situações está dependente de uma série de atividades com outros membros de equipa.

Cecagno, D. et al (2003) referem que:

“Ao analisarmos o agir/trabalhar do enfermeiro enquanto profissional dotado de conhecimentos específicos voltados para o ser humano, complexo por definição, percebemos que a sua subjetividade passa despercebida, uma vez que está, constantemente, envolvido em inúmeras atividades relacionadas não só quanto à sua competência, mas também à de outros profissionais, ficando sem tempo para reflectir criticamente sua prática.”

Esta sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais contribui para um aumento da ansiedade e de stress no dia-a-dia, levando a uma perda de qualidade de vida no trabalho.

Segundo Cicarello e Nakamura (2006) citado por Faria (2009), as "condições de trabalho, os fatores organizacionais e os turnos duplos de trabalho constituem as principais causas que influenciam a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros.

Os enfermeiros são detentores de uma subjetividade como qualquer ser humano, com a sua vida pessoal coordenada com a vida profissional, e muitos comportamentos são justificados pelas características individuais influenciadas pelo seu contexto.

Como refere Pizzoli (2005), o papel funcional e social do enfermeiro na cultura organizacional pode gerar conflitos em maior ou menor grau com as suas características individuais, comprometendo a motivação e gerar sofrimento físico e psíquico, que somado a outros fatores têm o potencial de causar *stress*.

Pizzoli (2005) refere que os riscos laborais como acidentes biológicos (radiações e inadequações de equipamentos) e deficientes infra-estrutura, a necessidade de duplo emprego para subsistência mais digna, constituem um impacto negativo nestes profissionais que acompanham doentes e famílias durante 24 horas por dia, mesmo quando estão passando por um problema pessoal ou familiar. Não é por acaso que este conjunto de fatores, produz em grande escala problemas psicológicos, tendo-se já comprovado o envelhecimento precoce nestes profissionais.

A ausência de qualidade de vida no trabalho pode causar danos no ser humano e consequências no seu comportamento, devido às tensões negativas no ambiente de trabalho, stresse profissional, excitação, depressão, perda de interesse e desmotivação; o que contribuir para uma baixa qualidade nos serviços prestados. (Cecagno. D. et al, 2003) Portanto para perceber a qualidade de vida dos enfermeiros é essencial avaliá-la e relacioná-la ao trabalho propriamente dito.

Segundo Pizzoli (2005), a profissão de enfermagem ainda acarreta muito a concepção de sacrifício e auto-abandono do seu "eu", desconsiderando as suas próprias necessidades básicas e com pouca disponibilidade para questionar os seus próprios limites físicos, emocionais, pessoais, em prol de uma dedicação intensa e um papel competente nas atividades e funções, mesmo em detrimento pessoal.

Esta dedicação intensa à profissão e o orgulho do trabalho em si não reflecte a recompensa salarial, sendo esta última, o estímulo para a continuidade de um horário acumulado, pondo em causa a qualidade de vida no trabalho.

Como refere Pizzoli (2005), o orgulho do trabalho em si e na instituição contrapõe-se com uma remuneração considerada injusta e condições de trabalho insatisfatórias devido à sobrecarga de tarefas numa profissão que por si só já é stressante.

A produtividade e o grande número de tarefas não reflete o índice de satisfação nem de qualidade de vida no trabalho, trata-se apenas de uma exigência da profissão.

Os enfermeiros têm a particularidade de fornecerem informação aos doentes com o objetivo de lhes melhorar as suas condições de saúde, o que lhes exige que essa transmissão de informação seja personalizada, eficiente e com qualidade.

Como refere Fernandes, J. et al (2010), os profissionais precisam de desenvolver um trabalho de qualidade, capaz de estimular a população na busca de melhores condições de saúde, contudo estes profissionais devem visualizar diversos aspetos que envolvem as condições biopsicossociais, económicas, culturais e espirituais da pessoa.

Isto implica que os enfermeiros precisam de ter qualidade de vida, incluindo na sua vida os aspetos biopsicossociais, económicos, culturais e espirituais, para que prestem cuidados de saúde de qualidade e simultaneamente transmitam o conceito de qualidade de vida através do seu trabalho.

Para Fernandes, J. et al (2010), a perceção da qualidade de vida dos enfermeiros é de extrema importância na medida em que, tem a vantagem de possibilitar a identificação de mudanças necessárias à promoção do bem-estar.

Pizzoli (2005) realizou um estudo com enfermeiros com o objetivo de avaliar a QVT através do modelo de Walton, no qual obteve resultados positivos quanto à integração, relevância social, oportunidade de uso e ao desenvolvimento das capacidades e resultados negativos quanto a ausência de reconhecimento pelo trabalho, ausência de plano de carreira, comunicação deficiente e remuneração incompatível com a função.

Segundo Schmidt, et al. (2006), num estudo em que analisou a qualidade de vida no trabalho (QVT) dos enfermeiros do Bloco Operatório, foi considerada que a QVT sustentava-se na satisfação dos trabalhadores, alienando-se nas diferentes componentes do trabalho, entre as quais: autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. Contudo, de um modo geral, os resultados do estudo revelaram a insatisfação dos enfermeiros. Os componentes do índice de satisfação profissional considerados como fontes de maior satisfação foram status profissional, autonomia e interação, sendo que os de menor satisfação foram requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração.

5 – AUTOMEDICAÇÃO

A automedicação foi, desde sempre, uma prática comum na sociedade. Na presença de uma sensação de mal-estar ou doença sempre houve tendência para consumir determinadas substâncias químicas ou naturais como forma de alívio ou cura.

Com a descoberta dos antibióticos no século XX, assistiu-se a um avanço da medicina que levou a um uso cada vez maior de medicamentos. Posteriormente, com o desenvolvimento das ciências farmacêuticas e da tecnologia, verificou-se uma brusca propagação de medicamentos no mercado.

O medicamento simboliza para a população um recurso de saúde e bem-estar, mas no campo científico é definido como “toda a substância ou associação de substâncias apresentadas como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizado ou administrado no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Decreto – Lei nº 176/2006).

De acordo com o Decreto – Lei nº 134/ 2005 de 16 de Agosto, o Governo considerou “ que alguns medicamentos para uso humano, concretamente os que não necessitam de receita médica, vulgarmente designados por MNSRM, podem ser comercializados fora das farmácias”.

Esta disponibilidade e acessibilidade aos medicamentos que não necessitam de receita médica, veio dar relevância ao conceito da prática da automedicação na sociedade.

De acordo com Paulo & Zanine, citado por Tomasi, E. et al (2007) automedicação é um comportamento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas.

Segundo o infarmed (2010), a automedicação é definida como: “a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde”.

Segundo Roque (2012), este conceito está praticamente em desuso porque cada vez mais o medicamento é adquirido sem o aconselhamento do profissional.

Rizzi, R. et al (2009) refere que nos países como EUA, Canadá, Japão e países da União Europeia, a automedicação é prática comum, sendo utilizada principalmente para o

tratamento de sintomas e doenças sem gravidade, como gripes, resfriados, dores de cabeças comuns, alguns tipos de micoses, dores musculares, entre outras patologias.

Relativamente ao consumo propriamente dito do medicamento pelo indivíduo, Barros, A. et al (2009) caracterizam este comportamento mais associado a diversos fatores nomeadamente: sexo feminino, idade mais jovem, nível de escolaridade, rendimento mais elevado, conhecimentos sobre medicamentos e falta de acesso ao sistema de saúde.

Segundo Paulo & Zanine citado por Tomasi, E. et al (2007), “a automedicação inadequada, tal como a prescrição errónea, pode ter como consequências efeitos indesejáveis e mascarar doenças evolutivas, podendo representar um problema a ser prevenido.

É evidente que o risco desta prática está correlacionado com o grau de instrução e informação das pessoas sobre medicamentos, bem como a acessibilidade dos mesmos ao sistema de saúde”.

5.1 – Benefícios e Riscos da Automedicação

Segundo o INFARMED a automedicação deve traduzir-se em benefícios quer para o indivíduo, quer para a sociedade. No indivíduo a automedicação permite uma resolução de problemas menores de saúde de forma mais rápida e com menos dispêndio de recursos financeiros, evitando o tempo de espera na consulta médica e respetivos encargos.

Na sociedade, a automedicação “permite aliviar a pressão sobre o serviço nacional de saúde (SNS), libertando recursos que podem ser aplicados em situações de carência e contribuir para o aumento da consciência cívica dos cidadãos que estão dispostos a participar na gestão da sua própria saúde”.

O uso indevido de medicamentos pode trazer consequências negativas, assim como elevados custos na área da saúde e prejuízos financeiros com agravamento do estado de saúde das populações, devido aos riscos de uma automedicação não responsável.

Segundo Roque (2012) não existem medicamentos inofensivos, pelo que envolvem sempre um risco, afirmando que a liberalização da política do medicamento e a internet são em grande parte os grandes responsáveis pelos riscos de segurança e efetividade dos medicamentos, seja qual for o medicamento. O facto de exigir ou não receita médica, tem sempre efeitos secundários e interações, de forma que a escolha do medicamento deve obrigatoriamente ser fundamentada nas características gerais dos sintomas (ex: tipo de tosse, existência ou não de expectoração, características desta); idade do doente, estado

fisiológico (gravidez, amamentação e etc...), doenças concomitantes, medicamentos prescritos para doenças continuadas, sensibilidades individuais (alergias e intolerâncias gástricas), hábitos e estilos de vida (ingestão de bebidas alcoólicas, necessidade de condução automóvel, utilização de maquinaria de precisão, etc.) e reações adversas (diarreias, dores de estômago e sonolência).

A venda livre de medicamentos veio introduzir um aumento da probabilidade de ocorrência de problemas, que são resultantes da falta de conhecimento por parte do consumidor, que se manifesta por dificuldades na seleção e administração do medicamento, levando a decisões por vezes irresponsáveis e que podem colocar em risco a sua saúde.

Como refere Silva, et al, citado por Júnior, et al (2007), os diversos problemas ocasionados pela venda livre são devido ao facto dos usuários serem incapazes de julgar os riscos potenciais do uso inadequado de medicamentos, podendo causar efeitos adversos, tais como: alergias, intoxicações e interações. No caso dos antibióticos, podem provocar resistência bacteriana.

Segundo Prado (2011), a combinação errada de medicamentos diferentes também pode ser um potencial de riscos para a saúde, uma vez que o medicamento pode anular ou potencializar o efeito do outro. A intoxicação medicamentosa é um potencial risco em utentes que tomam vários medicamentos ou com a metabolização alterada.

De acordo com Munhoz, F. et al (2009) a automedicação é uma prática que também ocorre em países desenvolvidos como nos Estados Unidos da América, onde foi estimado que 10,8% dos pacientes hospitalizados sofrem de reações adversas a medicamentos, a um custo anual entre 1,4 e 4 bilhões de dólares, sendo que estas reações estão entre a 4^a e a 6^a causa mais comum de morte.

A escolha do medicamento deve, então, ser acompanhada por um profissional de saúde com os conhecimentos adequados relativamente à situação clínica do doente, de modo a prevenir reações adversas.

Segundo Souza, H.W.O et al citado por Prado (2011), é impossível acabar com a prática da automedicação visto que o ser humano tem uma posição desafiante relativamente a esta temática. “Contudo, é possível minimizá-la, cabendo haver uma estreita relação entre o profissional e paciente de modo a garantir o bem-estar da população de modo geral”.

5.2 – Automedicação nos Profissionais de Enfermagem

A profissão de enfermagem tem a particularidade de prestar cuidados de saúde e bem-estar à pessoa numa polivalência de situações. Esta dedicação na procura do bem-estar do outro pode resultar num descuido relativamente às necessidades de si mesmo como pessoa e como paciente que também têm os seus problemas e necessidades vitais.

Na dimensão do cuidado em si mesmo o profissional de enfermagem tem um certo descuido relativamente a si, equiparando-se a uma máquina que tem uma grande dificuldade em separar o “eu – ser humano” do “eu – profissional”. (Baggio, M. et al, 2010)

Relativamente à qualificação do sistema de saúde por parte dos profissionais, estes qualificam-no como um serviço de saúde como péssimo na resposta às necessidades de cuidados de saúde e referem também intolerância para se assumirem na condição de doente.

Os profissionais de enfermagem têm a especificidade de serem detentores de conhecimentos obtidos por formação, pela experiência adquirida no dia-a-dia e de trabalharem num ambiente propício à automedicação. Têm a particularidade de estarem envolvidos em relações interpessoais baseadas numa vasta diversidade de especialidades médicas, que lhes possibilita a resolução imediata e pontual de um problema de saúde. Contudo, essa facilidade não lhes confere nem garante uma continuidade do tratamento e monotorização da situação clínica, pois trata-se de resolver uma situação aguda. É importante referir que muitas situações agudas carecem de tratamento contínuo e a sua “camuflagem” pode trazer repercussões negativas no estado de saúde a nível futuro.

Para Baggio, M. et al (2010), *“a automedicação praticada pelos profissionais de enfermagem, como em outros estudos, está baseada nos conhecimentos obtidos na formação e na prática da profissão em saúde”*, e das inter-relações no ambiente de trabalho designadas por “dar um jeitinho”, para combater algum problema de saúde. *“Esse “jeitinho” agrega saberes e fazeres advinhos das experiências particulares, expressos numa atitude solidária, de troca e cuidado”*.

Este acesso facilitado é referido por Munhoz, F. et al (2009), como uma “disponibilidade em conseguir receita com um médico das suas relações interpessoais, sem acompanhamento do tratamento”.

Toda a complexidade envolvente da profissão de enfermagem passa pela interação com a diversidade de recursos humanos, com uma multiplicidade de situações clínicas, com a organização de trabalho e com a cultura da organização, que forma um contexto com

potencialidade de provocação de stress ocupacional que interagindo com a vida pessoal do profissional, cria condições propícias para a impulsividade na resolução de um problema de saúde, contribuindo para o acto de se automedicar.

Num estudo realizado por Barros, A. et al (2009) com o objetivo de analisar o padrão da automedicação nos trabalhadores de enfermagem, verificou-se que a prevalência do uso de medicamentos sem prescrição médica, foi de 24,2%. O número médio de fármacos utilizados na automedicação foi de 1,41 (variando de 1 a 8 medicamentos referidos), sendo que 71,9% referiram utilizar apenas um, e 28,2% referiram ter utilizado dois ou mais medicamentos nos últimos sete dias.

Esta prevalência foi influenciada por diversos fatores observando-se maior consumo de medicamentos entre aqueles que referiram doença ou ferimentos nos últimos 15 dias, nos indivíduos com distúrbios psíquicos e perturbações do sono; e menor consumo entre os hipertensos.

A facilidade no acesso aos medicamentos promovida pela existência de um nível de “stock” (armazenamento) nos serviços, constitui um factor determinante no incentivo ao consumo por parte dos profissionais de enfermagem, porque são eles que os manipulam e são responsáveis pela gestão do medicamento no serviço. Face a esta acessibilidade e em contraposição ao sistema actual de saúde que oferece um conjunto barreiras de acesso ao sistema de saúde por parte do utente, cria-se uma situação que leva os profissionais de saúde a enveredar pelo caminho mais fácil de atuação e que responde de forma imediata às suas necessidades de saúde.

Como refere Munhoz, F. et al (2010), “O profissional de enfermagem possui fácil acesso a drogas psicotrópicas, automedica-se e controla a quantidade da droga conforme os seus próprios critérios”, pelo que desenvolveram um estudo com o objetivo de analisar a prevalência da automedicação nos profissionais de enfermagem, Concluíram que a prevalência foi de 56%. A maior prevalência foi observada nos enfermeiros do sexo feminino (58%). Os medicamentos mais utilizados foram os analgésicos (91%). Relativamente à ocorrência de efeitos adversos, 27% dos inquiridos referiram já ter presenciado efeitos adversos resultantes da automedicação. No que diz respeito à preocupação do profissional relativamente à posologia do medicamento, 76% dos enfermeiros referiram preocupar-se com o modo de utilização e posologia; o que indica que o profissional tem uma maior facilidade em obter e interpretar informações sobre o medicamento.

6 - METODOLOGIA

Foi efetuado um estudo do tipo observacional, transversal e com uma componente descritiva e analítica, comparando a qualidade de vida, o estado de saúde (físico e mental) e a automedicação dos enfermeiros que trabalhavam por turnos com trabalho noturno e os enfermeiros com trabalho diurno e fixo.

6.1 – População e Amostra

A população do nosso estudo é constituída por enfermeiros de um hospital central, da região de Lisboa. Trata-se de uma amostra de conveniência constituída por 51 enfermeiros provenientes dos seguintes serviços: bloco central, medicina e urgência de psiquiatria.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Ter mais de dois anos de experiência
- Trabalhar em horário diurno e fixo, ou trabalhar em horário rotativo com trabalho noturno
- Estar no exercício das suas funções
- Concordar em participar no estudo

Como critério de exclusão considerou-se o facto de exercer cargo de gestão.

Considerou-se dois grupos

- “Turnos Fixos” – constituído por 37 enfermeiros em horário fixo diurno.
- “Turnos Rotativos com trabalho noturno” – constituído por 14 enfermeiros com horário contínuo com turnos de rotação, distribuídos por três turnos: manhã (M=8h às 16h30), tarde (T=16h às 23h30) e noite (N=23h30 às 8h30).

A colheita de dados foi realizada durante o período de Fevereiro e Abril de 2014.

6.2 - Caracterização das Variáveis

Variáveis Independentes

Neste estudo a variável independente é o horário de trabalho.

Esta variável foi operacionalizada pelo sistema de turnos e caracterizado em dois grupos:

- “Turnos Fixos” – constituído por 37 enfermeiros em horário fixo diurno.
- “Turnos Rotativos com trabalho noturno” – constituído por 14 enfermeiros com horário contínuo com turnos de rotação, distribuídos por três turnos: manhã (M=8h às 16h30), tarde (T=16h às 23h30) e noite (N=23h30 às 8h30).

Variáveis dependentes

As variáveis dependentes consideradas neste estudo são o “o estado de saúde”, “qualidade de vida” e a “automedicação”.

Variáveis atributo

As variáveis atributo neste estudo correspondem às características sociodemográficas e profissionais/laborais. A operacionalização destas variáveis encontram-se no anexo 2.

6.3 - Instrumento de Recolha de Dados

Trabalho por turnos e qualidade de vida

Para avaliar o impacto do trabalho por turnos foi aplicado o questionário designado por “*Standard Shiftwork Index*”, ou SSI, que foi elaborado por uma equipa de investigação do departamento de Psicologia na Universidade de Sheffield.

O SSI foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Silva, Azevedo e Dias em 1995, passando a designar-se por EPTT (Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos).

Este EPTT é um instrumento bastante completo no estudo de características individuais, abrange um conjunto de dimensões com um total de 183 questões, que pesquisam: dados individuais, sono e fadiga, alerta, sonolência, saúde e bem-estar, situação social e doméstica, e “tipo de pessoa que é”, e “estudo de seguimento”. Pesquisa também diversas

dimensões da pessoa nomeadamente: matutuidade, flexibilidade dos hábitos de sono e capacidade para ultrapassar a sonolência, extroversão e estratégias de coping. (Melo, (2000) citado por Ribeiro (2008).

Deste conjunto de dimensões foram utilizados todas as partes, excepto o estudo de seguimento.

O EPTT permitiu também avaliar o estado de saúde (físico e mental) e a qualidade de vida através do índice global do impacto do trabalho por turnos (IGITT) que refere que, quanto maior o índice maior o impacto negativo do trabalho por turnos na saúde, rendimento e qualidade de vida do trabalhador.

A cotação do EPTT classificada com o número 2 tem um efeito mais negativo na saúde, rendimento e qualidade de vida do trabalhador, em comparação com o número 1.

Prevalência de perturbações físicas, psicológicas, sociais e ambientais

A prevalência de perturbações físicas, psicológicas, sociais e ambientais foi avaliada através de um questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) designado por “*whoqol bref*” que foi traduzido e adaptado para a versão portuguesa pela Professora Cristina Canavarro et al. (2006) da Universidade de Coimbra.

O whoqol bref é uma versão abreviada do questionário whoqol - 100 (que continha 100 questões).

Esta versão mais recente (whoqol bref) é composta por 26 questões, que permitem avaliar a qualidade de vida no domínio físico, psicológico, social e meio ambiente. É determinado um score entre 0 a 100, o qual define que, quanto maior o score, melhor será a qualidade de vida no domínio físico, psicológico, social e ambiental.

Tabela 3 – Domínios do Whoqol bref

Domínio	Facetas
Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Auto-estima

	Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais
Relações sociais	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
Meio ambiente	Segurança física e protecção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas Informações e habilidades Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte.

Sono

Para avaliar o sono foi aplicada a subescala de “qualidade subjetiva do sono” do EPTT, que permite analisar a capacidade em adormecer facilmente. Esta subescala é categorizada de 1 a 5. Quanto maior o valor, maior a capacidade em adormecer facilmente.

Automedicação

A avaliação relativamente à prática da automedicação foi feita através de um conjunto de questões elaboradas pelo investigador, de modo a avaliar a existência, frequência, tipo de automedicação e possíveis efeitos adversos resultantes da prática (inseridas no questionário em anexo).

6.4 – Considerações Éticas

Durante a realização do estudo, esteve sempre presente o cumprimento dos requisitos formais e éticos.

Para a elaboração do instrumento de colheita de dados, foi pedida a respetiva autorização às pessoas responsáveis pela conversão e adaptação para a versão portuguesa.

Na avaliação do trabalho por turnos e qualidade de vida, foi contactado o Sr. Prof. Dr. Carlos Fernandes Silva, da Universidade de Aveiro (Departamento de Psicologia), que

traduziu e adaptou o SSI para o Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT). Facultou o questionário e as respetivas cotações, dando a autorização por via email (anexo 3).

Para a avaliação da prevalência de perturbações físicas, psicológicas e sociofamiliares foi contactada a Sr^a Professora Doutora Cristina Canavarro (Universidade de Coimbra) e a Doutora Cláudia Melo, ambas pertencentes ao Grupo Português da Qualidade e co-responsáveis pela conversão e adaptação do questionário whoqol-bref, desenvolvido pela OMS, que permite avaliar os domínios físico, psicológico, social e ambiental.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital e o Conselho de Administração do mesmo Hospital autorizou a sua realização.

Foi assegurado o anonimato e confidencialidade das respostas.

6.5 - Análise Estatística

No tratamento de dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial.

As técnicas de estatística para a análise descritiva das variáveis foram as seguintes:

- Frequências: absolutas e relativas;
- Medidas de tendência central: média (M), mediana (med);
- Medidas de tendência não central: mínimo (min) e máximo (max);
- Medidas de dispersão: desvio padrão (s), coeficiente de variação (cv) e amplitude amostral (R).

Relativamente às técnicas de estatística inferencial foram aplicados:

- Testes paramétricos: coeficiente de correlação de Pearson (r)
- Testes não paramétricos: teste U de Mann-Whitney
- Teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher para comparação das variáveis categóricas

Assumiu-se o 0,05 como valor crítico de significância estatística do resultado de testes de hipóteses (nível de significância de 5%), rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I for inferior àquele valor ($p < 0,05$).

A apresentação dos resultados é feita sob a forma de quadros, salientando-se os dados mais relevantes. A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao programa estatístico informático SPSS versão 2.4.

7 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos com o instrumento de recolha de dados, após o seu tratamento estatístico. São apresentados os resultados descritivos das medidas das escalas, suas dimensões e a sua pontuação total.

É apresentada também uma análise das relações que poderão existir entre as variáveis em estudo, nomeadamente: trabalho por turnos com trabalho noturno, automedicação e qualidade de vida.

Características sociodemográficas dos enfermeiros que trabalham por turnos com trabalho noturno e dos que trabalham por turnos diurnos e fixos

Foram inquiridos 51 enfermeiros (40 do género feminino e 11 do masculino). A idade dos participantes variava entre os 27 e os 56 anos de idade (mediana 37 anos).

Os questionários foram aplicados nos serviços de medicina (26; 51%), serviço de urgência de psiquiatria (9; 17,6%) e bloco operatório central (16; 31,4%).

Da amostra de 51 enfermeiros, 37 (72,5%) trabalhava por turnos e 14 (27,5%) em horário fixo no Hospital em estudo.

A análise das características sociodemográficas dos trabalhadores está representada no quadro 1.

Quadro1 - Características Sociodemográficas

	Trabalho por turnos com trabalho noturno (n=37)	Trabalho por turno fixo (n=14)	Significância (Valor de p)
Género feminino (n=40)	27 (67,5 %)	13 (32,5%)	* 0,120
Idade (mediana)	37	45	
Estado Civil (solteiro, separado e viúvo) (n=22)	19 (86,4%)	3 (13,6%)	* 0,052
Familiares Dependentes (n=25)	16 (64%)	9 (36%)	* 0,152
Filhos a cargo (n=27)	15 (55,5%)	12 (44,4%)	* 0,004

Filhos menores (n=22)	13 (36,1%)	9 (64,3%)	* 0,069
Serviços:			
Medicina	15	11	** 0,032
Bloco Operatório Central	13	3	
Urgência de Psiquiatria	9	0	

* Teste Exato de Fisher

** Teste Qui-quadrado de Pearson

Gênero e turnos noturnos

Verificou-se que o trabalho por turnos e noturno é mais frequente nos homens. Na amostra em estudo 11 enfermeiros são do sexo masculino e 10 deles praticam trabalho por turnos com trabalho noturno (90,9%). Por sua vez na amostra de 40 enfermeiras, apenas 27 (67,5%) praticam trabalho por turnos com trabalho noturno. Contudo, estes resultados não tiveram diferenças estatisticamente significativas (Teste Exato de Fisher; $p=0,120$).

Estado civil e turnos

Verificou-se que o trabalho por turnos é mais frequente nos enfermeiros solteiros, separados ou viúvos (19/22; 86,4%) do que nos casados ou união de facto (18/29; 62,1%) (Teste Exato de Fisher; $p=0,052$).

Análise das variáveis filhos a cargo e o trabalho por turnos com trabalho noturno

Dos 27 enfermeiros que tinham filhos a cargo, apenas 15 (55,5%) trabalhavam por turnos com trabalho noturno, comparativamente com 22 dos 24 (91,6%) que não tinham filhos a cargo e que também trabalhavam por turnos com trabalho noturno, sendo esta diferença significativa (Teste Exato de Fisher; $p=0,004$).

Serviços do hospital e trabalho por turnos com trabalho noturno

Nos serviços estudados, verificou-se que a prática do trabalho por turnos com trabalho noturno ocorria em todos os inquiridos (9) que trabalhavam no serviço de urgência de psiquiatria, em 15 dos 26 inquiridos (57,7%) que trabalhavam no serviço de Medicina e em 13 dos 16 (81,3%) que trabalhavam no serviço de bloco operatório central.

H1: Existe associação negativa entre o trabalho por turnos com trabalho noturno, a qualidade de vida e o estado de saúde (físico e mental) dos enfermeiros.

De acordo com a cotação na escala EPTT (quadro 2), o trabalho por turnos com trabalho noturno parece ter um efeito mais negativo na saúde e qualidade de vida, pois 83,3% dos enfermeiros que trabalham por turnos com trabalho noturno e 64,3% dos enfermeiros que têm um horário fixo e diurno apresentaram uma cotação 2 nessa escala. A cotação 2 do EPTT reflete um efeito mais negativo na saúde, rendimento e qualidade de vida do trabalhador do que a cotação 1. Contudo, não se verificou diferença com significado estatístico, pelo que não foi possível rejeitar a hipótese nula (Teste Exato de Fisher; $p=0,141$).

Quadro 2 – Associação entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a cotação na escala EPTT

		Cotação Escala EPTT		Total	Significância (Valor de p)
		1	2		
Turnos noturnos	Sim	6	30	36	* 0,141
		16,7%	83,3%	100,0%	
	Não	5	9	14	
		35,7%	64,3%	100,0%	
Total		11	39	50	
		22,0%	78,0%	100,0%	

* Teste Exato de Fisher

H2: Existe associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prevalência de perturbações de saúde física, psicológica, sócio-familiares e do sono.

O Quadro 3 compara os diversos domínios da avaliação da qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental), dos trabalhadores de ambos os grupos (“turnos fixos e diurnos” e “turnos rotativos com trabalho noturno”). Nesta amostra, não se encontraram diferenças significativas nos diferentes domínios de avaliação física, psicológica, social e ambiental entre os dois grupos.

Considerando o intervalo da avaliação dos domínios da qualidade de vida entre 0 e 100 (quanto maior o score, melhor a qualidade de vida) verifica-se que, tanto os trabalhadores com horário fixo e diurno, como os trabalhadores com horário por turnos com trabalho noturno, apresentaram valores entre 22 e 27 em todos os domínios de avaliação física, psicológica, social e ambiental), o que é sugestivo de uma baixa qualidade de vida.

Quadro 3 – Associação entre os domínios da avaliação da qualidade de vida e o trabalho por turnos com trabalho noturno.

Domínios do Whoqol - bref	Turnos noturnos	N=51	média	Soma de Classificações	Significância (Valor de p) ***
Físico	Sim	37	26,24	971,00	0,849
	Não	14	25,36	355,00	
Psicológico	sim	37	25,97	961,00	0,983
	não	14	26,07	365,00	
Social	sim	37	27,07	1001,50	0,399
	não	14	23,18	324,50	
Meio ambiente	sim	37	27,22	1007,00	0,340
	não	14	22,79	319,00	

*** Teste U de Mann- Whitney

Para avaliar o sono foi aplicada em ambos os grupos, a escala de avaliação da capacidade em adormecer facilmente. Esta subescala é categorizada de 1 a 5. Quanto maior o valor, maior a capacidade em adormecer facilmente.

Na amostra estudada não se verificou uma associação significativa (Quadro 4) entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a dificuldade em adormecer, em comparação com os trabalhadores com horário fixo pelo que, também em relação à capacidade em adormecer facilmente, não foi possível rejeitar a hipótese nula (Teste qui-quadrado de Pearson; $p=0,588$).

Quadro 4 - Associação entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a capacidade em adormecer facilmente

Turnos noturnos	Adormecer facilmente					Significância (Valor de p)
	1	2	3	4	5	** 0,588
Sim	13	8	6	4	5	
Não	4	6	1	2	1	

** Teste qui-quadrado de Pearson

H3: Existe associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prática da automedicação.

Na amostra total, verificou-se que apenas 27,5% dos enfermeiros referiram a prática de automedicação, sendo que 96,1% destes referiram nunca ter experienciado efeitos adversos dessa mesma automedicação.

Não se verificou qualquer associação estatística entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prática da automedicação. A automedicação apresentou uma prevalência de 35,7% nos trabalhadores com horário fixo e diurno, contrapondo com 24,3% nos trabalhadores com trabalho rotativo e noturno (teste qui-quadrado, $p=0,316$) (Quadro 5).

Quadro 5 - Associação entre a prática da automedicação e o trabalho por turnos com trabalho noturno.

		Automedicação		Total	Significância (Valor de p)
		sim	não		
Turnos noturnos	Sim	9 24,3%	28 75,7%	37 100,0%	* 0,316
	Não	5 35,7%	9 64,3%	14 100,0%	
Total		14 27,5%	37 72,5%	51 100,0%	

* Teste Exato de Fisher $p=0,316$.

Relativamente a uma possível relação positiva entre o consumo de psicofármacos e a prática do trabalho por turnos com trabalho noturno, não foi encontrada associação significativa (teste qui-quadrado, $p=0,619$) (Quadro 6).

Quadro 6 - Associação entre o consumo de psicofármacos e o trabalho por turnos com trabalho noturno.

		Psicofármacos		Total	Significância (Valor de p)
		sim	não		
Turnos noturnos	Sim	6 16,2%	31 83,8%	37 100,0%	* 0,619
	Não	2 14,3%	12 85,7%	14 100,0%	
Total		8 15,7%	43 84,3%	51 100,0%	

* Teste Exato de Fisher

De igual modo, em relação à análise de uma possível associação entre o consumo de analgésicos e a prática do trabalho por turnos com trabalho noturno, verificou-se não existir associação entre as duas variáveis (teste exato de Fisher, $p=0,170$) (Quadro 7).

Quadro 7 - Associação entre o consumo de analgésicos e o trabalho por turnos com trabalho noturno

		Analgésicos		Total	Significância (Valor de p)
		Sim	Não		
Turnos noturnos	Sim	9 24,3%	28 75,7%	37 100,0%	* 0,170
	Não	6 42,9%	8 57,1%	14 100,0%	
Total		15 29,4%	36 70,6%	51 100,0%	

* Teste Exato de Fisher

8 - DISCUSSÃO

Com a realização deste trabalho procurou-se avaliar nos enfermeiros a influência do trabalho por turnos com trabalho noturno, no estado de saúde (físico e mental), na qualidade de vida e prática de automedicação, comparativamente aos enfermeiros com trabalho de horário fixo e diurno.

Iane Peate (2007) defende que o trabalho por turnos com trabalho noturno pode ter efeitos perturbadores na vida das pessoas, com aumento das desordens físicas e psiquiátricas.

Costa, Morita & Martinez (2000) citado por Martins (2002) estudou os efeitos do trabalho por turnos na saúde e vida social de uma equipa de enfermeiros em contexto hospitalar, tendo concluído que a saúde é afetada em primeira instância por distúrbios neuro psíquicos, cardiovasculares e gastrointestinais e, em segunda instância, a vida social é afetada negativamente pela interferência no relacionamento pessoal, familiar e social.

Face à primeira hipótese de investigação, *“Existe associação negativa entre o trabalho por turnos com trabalho noturno, estado de saúde (físico e mental) e qualidade de vida dos enfermeiros”*;

De acordo com Fischer, F. et al (2000), o trabalho por turnos tem um impacto negativo na saúde, com um efeito potenciador de perturbações na saúde física e mental, nomeadamente distúrbios do ritmo biológico, dificuldades para conciliar o trabalho com a vida doméstica, sobrecarga musculoesquelética e doenças do foro mental.

Filho (2002), acrescenta que o trabalho por turnos com trabalho noturno pode causar sintomas crónicos, que podem incluir doenças gastrointestinais (azia, diarreia, gastrite, ulcera péptica e obstipação), doenças cardiovasculares, perturbações do sono, abuso do consumo de substâncias (álcool e/ou drogas) para induzir o sono, depressão, fadiga, absentismo e sensação de mal-estar provocada pela ansiedade.

Relativamente à avaliação da qualidade de vida, a profissão de enfermagem, pela natureza das suas funções, tem a particularidade de causar alguma instabilidade emocional nos enfermeiros, como refere Cecagno, D. et al (2003):

“Ao analisarmos o agir/trabalhar do enfermeiro enquanto profissional dotado de conhecimentos específicos voltados para o ser humano, complexo por definição, percebemos que a sua subjetividade passa despercebida, uma vez que está, constantemente, envolvido em inúmeras atividades relacionadas não só quanto à sua

competência, mas também à de outros profissionais, ficando sem tempo para reflectir criticamente sua prática.”

A sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais de saúde, assim como o lidar com pessoas debilitadas, em sofrimento físico, psicológico e emocional contribui para um aumento da ansiedade e do stress no dia-a-dia, levando a uma perda de qualidade de vida no trabalho.

Outros fatores organizacionais, também foram considerados como contributivos na perda de qualidade de vida, nomeadamente características de estruturas físicas e organização do método laboral.

No que concerne à relação do trabalho por turnos e ao nível de qualidade de vida, Fischer, F. et al (2004) acrescentam que o grau de tolerância e a forma como o trabalhador se adapta ao trabalho por turnos vai determinar de forma significativa a sua qualidade de vida.

Face à literatura existente, pode-se depreender que o trabalho por turnos com trabalho noturno parece ter um efeito negativo na saúde física e mental, assim como o facto da profissão de enfermagem pela sua natureza organizacional, de sobrecarga de atividades e do cuidar do outro em situação fragilizada, tem a especificidade de dificultar uma boa qualidade de vida aos enfermeiros.

Apesar de, neste estudo, 83,3% dos enfermeiros que trabalhavam por turnos com trabalho noturno e 64,3% dos enfermeiros que tinham um horário fixo e diurno terem referido um efeito mais negativo na saúde, a diferença entre grupos não teve significado estatístico (Teste Exato de Fisher; $p = 0,141$). Estes resultados podem ter sido condicionados pela dimensão da amostra ou pelo facto de, os enfermeiros com horário fixo, praticarem esse horário por dificuldades já existentes em conciliar a sua vida profissional com a sua vida pessoal (é de notar que mais enfermeiros com filhos a cargo trabalhavam em horários fixos).

Relativamente à segunda hipótese de investigação *“Existe associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prevalência de perturbações físicas, psicológicas, sociofamiliares e do sono”*.

Como refere Santos, et al (2003) citado por Ribeiro (2008), os trabalhadores com horário por turnos com trabalho noturno têm que inverter o seu ciclo normal de sono-vigília, de

acordo com o horário de trabalho. Isto provoca uma alteração entre o relógio biológico e as periodicidades ambientais que alinham o organismo num período de 24 horas, o que resulta em perturbação do ritmo circadiano. Esta perturbação tem contribuído para diversas queixas dos trabalhadores por turnos, nomeadamente disfunções gastrointestinais, diminuição do apetite, indisposição, sonolência, insónia, outras perturbações do sono, diminuição da concentração e do desempenho, irritabilidade, fadiga e diminuição do bem-estar. Relativamente ao foro psicológico, Culpepper, et al (2010) acrescentam que os trabalhadores por turnos têm taxas mais elevadas de depressão especialmente nas mulheres.

Filho (2002) frisa a importância da perturbação do sono como resultado do trabalho por turnos, referindo que a consequência mais evidente das alterações dos ritmos circadianos é a insónia, que resulta de uma tentativa de adormecer na fase circadiana errada levando à perda de sono. O deficit de sono e a procura constante do organismo em funcionar à noite como se fosse no período de dia contribui para uma sonolência excessiva e, consequentemente, diminuição da atenção e concentração.

Relativamente às implicações que o trabalho por turnos com trabalho noturno possa ter na vida sociofamiliar dos trabalhadores, Melo et al (2001) citado por Costa (2009) reforça a problemática da dessincronização dos horários do trabalhador na vida familiar e em sociedade, salientando como consequências: o impedimento de acompanhar normalmente a vida dos seus familiares (aparecimento de problemas de relacionamento com os filhos e com o cônjuge) e impede a participação em atividades sociais, o que pode contribuir para o isolamento social.

Cruz et al (1995), citado por Santos, R. et al (2008), acrescenta que o trabalho por turnos tem a potencialidade de provocar alterações comportamentais, assim como estado de aborrecimento, reações emotivas e irritabilidade. Estas alterações psicológicas criam uma instabilidade no estado de humor do trabalhador, afetando negativamente as relações interpessoais, desde a esfera pessoal à esfera familiar.

Fisher, F. et al (2004) reforçam a associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a potencialidade de criar dificuldades: a nível do convívio social, no acesso a bens de consumo, no contexto familiar (dificuldades na supervisão e educação dos filhos) e na organização das tarefas da casa. Na vida conjugal, este sistema de trabalho “pode levar a um desencontro entre os membros do casal contribuindo para o aparecimento ou agravamento de dificuldade de comunicação”.

De acordo com a literatura existente, procurou-se testar, na amostra em estudo, a hipótese de investigação.

Para tal, foi aplicado o questionário de avaliação da qualidade de vida, woqol-bref (OMS) que permitiu avaliar os trabalhadores nos domínios físico, psicológico, social e ambiental, em ambos os grupos, “turnos fixos e diurnos” e “turnos rotativos com trabalho noturno”. Verificou-se que tanto os trabalhadores com horário fixo e diurno como os trabalhadores com horário por turnos com trabalho noturno, apresentaram valores de score entre 22 e 27 (escala de score 0 a 100), em todos os domínios de avaliação física, psicológica, social e ambiental, considerando-se uma análise global de fraca qualidade de vida em ambos os dois grupos.

Face a estes resultados, pode-se afirmar que nesta população de enfermeiros independentemente do seu horário de trabalho, estes avaliaram a sua saúde física, psicológica e sociofamiliar, como fraca. Não se encontraram diferenças significativas na saúde física, psicológica e sociofamiliares pelo facto de efetuar trabalho por turnos com trabalho noturno ou não, de forma que a hipótese de investigação levantada não se confirma na população em estudo, não se podendo rejeitar a hipótese nula.

Na avaliação do sono, foi aplicada a subescala de “qualidade subjetiva do sono” do EPTT, que permite avaliar a “capacidade em adormecer facilmente”. Verificou-se que não existia uma associação significativa entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a dificuldade em adormecer, em comparação com os trabalhadores com horário fixo e diurno (Teste Qui-quadrado de Pearson = 0,588).

Apesar da literatura encontrada favorecer uma associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno com uma maior prevalência de perturbações do sono, na população em estudo não foi possível encontrar essa associação. O facto de mais profissionais que trabalhavam em horário fixo terem filhos a cargo também poderá ter influenciado a qualidade do sono nos enfermeiros, não permitindo detetar diferenças relativamente a um possível efeito do trabalho por turnos com horário noturno sobre aquele. A dimensão reduzida da amostra também pode ter condicionado os resultados encontrados.

Relativamente à hipótese de investigação: *“Existe associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prática da automedicação”*.

De acordo com a literatura investigada, verificou-se a prevalência da automedicação entre os enfermeiros. Como refere Baggio, M. et al, (2010), esta é justificada por diversos fatores nomeadamente: conhecimentos obtidos na formação, prática da profissão, inter-relações no ambiente de trabalho designadas por “dar um jeitinho, para resolver o problema de saúde. *“Esse “jeitinho” agrega saberes e fazeres advinhos das experiências particulares, expressos numa atitude solidária, de troca e cuidado”*.

Os enfermeiros possuem fácil acesso a drogas psicotrópicas, automedicam-se e controlam a quantidade da droga conforme os seus próprios critérios” (Munhoz, F. et al, 2010)

A prática da automedicação entre os profissionais de saúde pode ser favorecida pela facilidade de acesso aos fármacos e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (enquanto usuários), seja por falta de tempo, por limitação de dinheiro ou pela dificuldade do cuidado de “si” próprio. (Barros, A. et al, 2009)

Relativamente ao consumo de substâncias Wedderburn et al (2000) citado por Costa (2009), nos momentos em que há um deficit de sono, os trabalhadores sentem-se cansados, exaustos e o seu desempenho profissional é afetado. Se esta situação se prolongar, poderá evoluir para um quadro de fadiga crónica e perturbação do humor, pelo que o trabalhador recorre ao uso de fármacos indutores do sono (hipnóticos, sedativos e tranquilizantes) e anti-depressivos assim como a um aumento no consumo de café, álcool e tabaco.

Conhecida esta realidade, procurou-se neste estudo analisar a prevalência da automedicação entre os enfermeiros de ambos os grupos, “turnos fixos e diurnos” e “turnos rotativos com trabalho noturno”, de modo a verificar se o trabalho por turnos com trabalho noturno tem alguma influência na prática da automedicação comparativamente aos enfermeiros com turnos fixos e diurnos.

Na análise dos resultados obtidos verificou-se uma baixa prevalência de automedicação entre os enfermeiros, independentemente do seu horário de trabalho. Por outro lado, também não se verificou associação estatística entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prática da automedicação. A automedicação apresentou uma prevalência de 35,7% nos trabalhadores com horário fixo e diurno, contrapondo com 24,3% nos trabalhadores de trabalho rotativo com trabalho noturno (teste qui-quadrado, $p=0,316$).

Mais especificamente, no consumo de psicofármacos e analgésicos, não foi encontrada associação estatística significativa com a prática de trabalho por turnos com trabalho noturno, obtendo-se respetivamente no consumo de psicofármacos (teste qui-quadrado, $p=0,619$) e no consumo de analgésicos (teste exato de Fisher, $p=0,170$).

9 - CONCLUSÃO

As condições e qualidade de vida no trabalho têm assumido cada vez mais uma preocupação na agenda dos novos gestores empresariais, como resposta à promoção da saúde ocupacional.

O foco das empresas em atingir bons níveis de produtividade e competitividade implica um ajustamento do contexto laboral dos trabalhadores, devido às necessidades das organizações. Esta condição justifica em determinados contextos laborais, a necessidade do trabalho por turnos com trabalho noturno, designadamente em Estabelecimentos de Saúde. Este estudo pretendeu comparar, em enfermeiros com horário por turnos com horário noturno e enfermeiros com horário fixo, se existiriam diferenças quanto à sua qualidade de vida, estado e de saúde, a prevalência de perturbações físicas, psicológicas, sociofamiliares e do sono e prática de auto-medicação.

Relativamente à primeira hipótese no estudo: *“Existe associação negativa entre o trabalho por turnos com trabalho noturno, estado de saúde (físico e mental) e qualidade de vida dos enfermeiros”*;

A literatura consultada reforça que o trabalho por turnos com trabalho noturno tem um efeito negativo na saúde física e mental, assim como o facto da profissão de enfermagem pela sua natureza organizacional, de sobrecarga de atividades e do cuidar do outro em situação fragilizada, poderem influenciar negativamente a qualidade de vida e o estado de saúde dos enfermeiros. Contudo, os resultados deste estudo não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o estado de saúde de enfermeiros que trabalhavam por turnos e os que trabalhavam em horário fixo diurno (Teste Exato de Fisher; $p=0,141$).

Relativamente à segunda hipótese de investigação: *“Existe associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prevalência de perturbações físicas, psicológicas, sociofamiliares e do sono”*.

Na amostra em estudo verificou-se que tanto os trabalhadores com horário fixo e diurno como os trabalhadores com horário por turnos com trabalho noturno, apresentaram valores de score entre 22 e 27 (escala de score 0 a 100), em todos os domínios de avaliação física, psicológica, social e ambiental, considerando-se uma análise global de fraca qualidade de vida em ambos os dois grupos. Face a estes resultados, pode-se afirmar que nesta amostra de enfermeiros, independentemente do seu horário de trabalho, estes avaliam a sua saúde

física, psicológica e sociofamiliar, como fraca. Não se encontraram diferenças significativas na saúde física, psicológica e sociofamiliares pelo facto de efetuar trabalho por turnos com trabalho noturno ou não, de forma que a hipótese de investigação levantada não se confirma na amostra em estudo.

Na avaliação do sono verificou-se que não existe uma associação significativa entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a dificuldade em adormecer, em comparação com os trabalhadores com horário fixo e diurno (Teste Qui-quadrado de Pearson = 0,588). Apesar da literatura encontrada favorecer uma associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno com uma maior prevalência de perturbações do sono, na amostra em estudo não se verificou qualquer associação.

Na análise da terceira hipótese de investigação: *“Existe associação positiva entre o trabalho por turnos com trabalho noturno e a prática da automedicação”*, verificou-se uma baixa prevalência de automedicação entre os enfermeiros, independentemente do seu horário de trabalho. A automedicação apresentou uma prevalência de 35,7% nos trabalhadores com horário fixo e diurno, contrapondo com 24,3% nos trabalhadores de trabalho rotativo com trabalho noturno, mas sem diferença significativa entre os dois grupos (teste qui-quadrado, $p=0,316$). Mais especificamente, no consumo de psicofármacos ou de analgésicos não foi encontrada associação estatística significativa com a prática de trabalho por turnos com trabalho noturno.

Verificou-se neste estudo que uma maior proporção de enfermeiros que trabalhavam em horário diurno fixo tinham filhos a cargo, o que pode eventualmente ter “mascarado” um possível efeito do trabalho por turnos com trabalho noturno. Uma limitação importante deste estudo que poderá ter influenciado os resultados não permitindo rejeitar as hipóteses nulas colocadas diz respeito à dimensão da amostra e ao facto de se tratar de uma amostra de conveniência. Aquelas limitações também não permitem generalizar os resultados encontrados.

10 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

Apesar da pertinência do tema, sustentado por bibliografia variada, este estudo apresenta algumas limitações que podem ter influenciado os resultados, nomeadamente: uma amostra total pequena (n=51), uma amostra de enfermeiros com horário por turnos e noturno (n=14) também bastante pequena comparativamente aos enfermeiros com horário fixo e diurno, um instrumento de colheita de dados bastante extenso e uma abrangência de poucos serviços (n=3).

Desta forma, sugere-se que os futuros estudos de investigação tenham em consideração estas limitações.

Para ser possível inferir sobre a relação entre trabalho nocturno com trabalho noturno e as variáveis dependentes estudadas, será desejável realizar estudos prospetivos em vez de estudos transversais. Não foi possível, pela limitação de tempo, realizar um estudo com desenho prospetivo nesta tese de mestrado.

Sendo a enfermagem uma profissão que trabalha em coordenação com uma equipa multidisciplinar, sugere-se também a realização de estudos de investigação relativamente à qualidade de vida no trabalho a todos os membros da equipa multidisciplinar, de modo a avaliar-se o impacto da qualidade de vida resultante da interação entre os diferentes membros.

Sugere-se que, na organização de trabalho por turnos com trabalho noturno, designadamente na população de enfermeiros, sejam tidos em consideração os aspetos fundamentais que podem minimizar o seu impacto sobre a saúde e qualidade de vida, designadamente os turnos de rotação para a frente, ou seja, “sentido horário”. Como refere Moreno et al (2003) citado por Cruz, A. et al (2008), este sistema de rotação para a frente (manhã – tarde – noite), são os que mais favorecem o ritmo biológico uma vez que se verifica uma melhor adaptação do sistema circadiano.

11- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR). **Climepsi**. 4nd ed. (2002). ISBN: 972-796-020-0.

Akranaviciute, D. et al – Quality of life and its Components Measurement, Engineering economics. **Vilnius Universitetas**, 2:52 (2007), 44-49. ISSN – 1392-2785.

Baney – Measuring the consequences of shift work disorder. **Neurology Reviews**. (Agosto 2011).

Baggio, M. et al – Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”, **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. Brasil. 18:5 (Setembro 2010).

Barros, A. et al - Automedicação entre os trabalhadores de Enfermagem de Hospitais Públicos, **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. Brasil. 17:6 (Novembro 2009).

Beck, L. et al – O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Rev Enferm** 11:4 (dezembro 2007) 706 – 711.

Cavassani, A. et al - Qualidade de Vida no Trabalho: Fatores que Influenciam as Organizações, XIII SIMPEP – Bauru, SP. Brasil. (Novembro 2006).

Cecagno, D. et al – Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. In 55 CONGRESSO DE ENFERMAGEM, 2003. 1-13.

Chiavenato - Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações. 14nd ed. Rio de Janeiro. (1999).

Costa – Trabalho por Turnos, Saúde e Capacidade para o Trabalho dos Enfermeiros, Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2009, Dissertação elaborada no âmbito do mestrado em Enfermagem.

Cruz, A. et al – Implicações do Trabalho por turnos na vida familiar de Enfermeiros: Vivências dos parceiros, O Portal dos Psicólogos, 2008 [Consult. em 26 de Dez. 2012]. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0417.pdf>.

DECRETO-LEI Lei n.º 59/2008. D.R. 1ª Série. 176 (11.09.08) - Aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas;

DECRETO-LEI Lei n.º 161/96. D.R. 1ª Série. 205 (04.09.96) - Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE);

DECRETO-LEI Lei n.º 104/98. D.R. 1ª Série. (21.04.98) - Aprova o Estatuto da ordem dos Enfermeiros (EOE).

DECRETO-LEI Lei n.º 134/2005. D.R. 1ª Série. (16.08.2005) – Estabelece o regime de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias.

DECRETO-LEI Lei n.º 437/91. D.R. 1ª Série. (08.11.91) – Aprova o regime da carreira de Enfermagem.

DECRETO-LEI Lei n.º 176/2006. D.R. 1ª Série. (30.08.2006) – Aprova o Estatuto do Medicamento.

Faria – Qualidade de vida do enfermeiro no exercício profissional e os seus reflexos na satisfação profissional, Porto, Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, 2009, Dissertação elaborada no âmbito da Licenciatura em Enfermagem.

Fernandes, J. et al - A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros, das equipas de saúde familiar - the effects of professional factors on The quality of life of family health team nurses. **Rev Esc Enferm USP**. 46:2 (2012) 404-12.

Fernandes, J. et al – Qualidade de vida dos enfermeiros das equipas de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 19:3 (Julho 2010) 434-442.

Filho - Síndrome da Má Adaptação ao Trabalho em Turnos – Uma Abordagem Ergonómica. **Revista Produção**. 11: 2 (Abril 2002) 69-72.

Filho, A. et al - Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**. 36:1 (2002) 55-62.

Fischer, F. et al - Trabalho em turnos e noturno – Na sociedade 24 horas, **J Bras Psiquiatr**, Editora Atheneu. 56: 2 (2004) 143-145.

Fleck – O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. O Projecto Whoqol. In: Psiquiatria Clínica, **Ciência & Saúde Coletiva**. 5:1 (2000) 33 – 38.

Ilic, I. et al – Assessing Quality of life: Current approaches, **Acta medica Medianae**. Serbia. 49:4 (2010) 52 - 60.

Júnior, et al - Automedicação em adultos na cidade de Guairaca - **PR. Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama. 11: 2 (Maio 2007) 83-88.

Leal – Reavaliar o conceito de qualidade de vida, Universidade dos Açores, 12:7 (Abril 2008).

Martins – Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho dos profissionais de Enfermagem no trabalho em Turnos. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002, Dissertação elaborada no âmbito do Mestrado em Engenharia da Produção – Área de Ergonomia.

Morin - Os sentidos do Trabalho. **Revista de Administração de Empresas / ERA**. São Paulo. 41:3 (Julho 2001) 8-19.

Munhoz, F. et al - Automedicação em profissionais das áreas de enfermagem e farmácia em ambiente Hospitalar na cidade de São José do Rio Preto-SP. **Arq. Ciênc. Saúde**, 3:17 (Julho 2010) 140-5.

Nancy Foldvary- Schaefer - Distúrbios do sono. **Center for Continuing Education**, 2012. [Consult. 27 Dez. 2012], Disponível em: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/neurology/sleep-disorders/>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Brochura: Enfermagem em Portugal – Ordem dos Enfermeiros, 2008. [Consult. 15 Ago. 2012] Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – Indústria farmacêutica alemã com receio - Importância crescente da venda de MNSRM fora da farmácia comunitária pode banalizar o seu uso em automedicação, 2010. [Consult. 12 Ago. 2012] Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=3803.

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – Alunos recorrem à Medicação, 2008. [Consult. 15 Ago. 2012] Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=2506.

Oliveira, J. et al - Qualidade de Vida: Proposta de Avaliação para Micros e Pequenas Empresas, **Revista Científica Hermes** 7:3 (2012) 28-47.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Divisão de saúde mental Grupo WHOQOL. [Consult. 29 Nov. 2012]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#2>.

Peate, I. – Mens health: the practice Nurse handbook. **N Wiley Series in Nursing**. ISBN: 978047003555-9 (Julho 2007).

Pires – A Enfermagem enquanto disciplina, Profissão e Trabalho, **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasil. 62:5 (Setembro 2009).

Pizzoli - Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis, **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo. 10:4 (2005) 1055 – 1062.

Prado – Automedicação entre os profissionais de Enfermagem Emergencistas - Um problema de Saúde Pública, Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora, 2011, Artigo para obtenção do título de Especialista em Urgência e Emergência Pré- Hospitalar e Hospitalar.

Rechziegel, et al – Qualidade de Vida no Trabalho e a Gestão da Qualidade Total, **Rev. de Negócios**. 4:4. (Junho 1999).

Reinberg, et al – Trabalho por Turnos: Consequências e Gestão, **Ciência Atual**. 81:1 (julho 2001).

Ribeiro – Consequências do trabalho por turnos e noturno em profissionais de Enfermagem, Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto, 2008, Dissertação elaborada no âmbito do mestrado em Enfermagem.

Rizzi, R. et al – Farmácia não é um simples comércio – Medicamentos isentos de Prescrição – Fascículo II, **Projecto: Farmácia Estabelecimento de Saúde**, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, (Julho 2009).

Roque – Automedicação Responsável. **Jornal Águeda**. (Fevereiro 2012) [Consult. 20 Ago. 2012]. Disponível em:

http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile567.pdf.

Kluthcovsky, A. et al – Qualidade de Vida – Aspetos Conceituais. **Revista Salus – Guarapuava**. 1:1 (Jan 2007) 13-15. ISSN: 1980-2404.

Santos, R. et al – Consequências do trabalho por Turnos na Qualidade de Vida dos Enfermeiros: Um Estado Empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã, **Revista Referência**. 2:8 (Dezembro 2008) 17-31.

Schmidt, et al – Qualidade de Vida no Trabalho de Profissionais de Enfermagem, Atuantes em Unidades do Bloco Cirúrgico, sob a Ótica da Satisfação. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Brasil. 14:1 (Janeiro 2006) 54-60.

Seidl, E. et al – Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**. Brasil. 20:2 (Março 2004) 580-588.

Silva, et al – A importância da Recreação e do Lazer – Cadernos Interativos – Elementos para o desenvolvimento de Políticas, Programas e Projectos Intersectoriais, enfatizando a relação lazer, Escola e Processo Educativo. Editora Ideal, (Janeiro 2011). ISBN: 978-85-89196-36-9.

Sperandio, A. et al – Qualidade de Vida – Evolução dos Conceitos e práticas no século XXI, , **IPES Editorial**. Campinas. 1nd ed (2010) 151-152. ISBN: 978-85-98189-28-4.

Stephens - O Diário de Negócios de Maslow. Rio de Janeiro. Qualitymark. 2003.

Tomasi, E. et al - Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS, **Rev. Bras. Epidemiol.** Brasil. 10:1 (2007) 66-74.

Valdisser – Qualidade de Vida no Trabalho: Como utilizá-la na superação dos problemas e dificuldades encontradas no ambiente de trabalho. (2005) 3-4.

Zhao, I. et al - Shift work and work related injuries among health care workers: A systematic review. **scholarly paper**. australian journal of advanced nursing. 27:3 (2007) 62-74.

.

Anexo 1 - Operacionalização das variáveis atributo

- Idade: variável contínua, em anos;
- Género: variável nominal, dicotomizada em “*feminino*” ou “*masculino*”;
- Estado civil: variável nominal, categorizada em “solteiro”, “*casado*”, “*união de facto*”, “*separado*”, “divorciado” e “viúvo” e “outro”;
- Existência de pessoas que necessitem de cuidados: variável dicotomizada em “sim” ou “não”;
- Existência de filhos: variável nominal, dicotomizada em “*sim*” ou “*não*”;
- Idade dos filhos: variável contínua, em anos;
- Categoria Profissional: variável nominal, categorizada em “*Enfermeiro*”, “*Enfermeiro Especialista*”;
- Serviço onde exerce funções: variável nominal categorizada em “Bloco Central”, “Urgência de Psiquiatria” e “Medicina”.

Relativamente às características profissionais/laborais considerámos as seguintes:

- Anos de Trabalho em enfermagem: variável contínua, em anos;
- Período em anos, que pratica horário noturno: variável contínua, em anos;
- Período em anos, que não pratica horário noturno: variável contínua, em anos;
- Número de horas semanais de trabalho no CHLC: variável nominal categorizada em “40 horas semanais”, “40 horas semanais + horas extras”, “42 horas semanais”, “40 horas semanais + horas extras”;
- Número de horas semanais de trabalho noutra instituição: variável contínua, em horas, avaliada por questão aberta;
- Existência de trabalho nocturno noutra instituição: variável nominal, categorizada em “*sim*” ou “*não*”;
- Vantagens vs desvantagens do sistema de turnos: variável nominal, categorizada em “*sim*” ou “*não*”;
- Carga de trabalho nos diferentes turnos (M, T e N): variável intervalar avaliada por uma escala do tipo *likert*, desde “*muitíssimo leve*” com o valor de 1 a “*muitíssimo pesado*” com o valor de 5.

Anexo 2 – Instrumento de Recolha de Dados

Questionário

Caro Enfermeiro (a)

Nº. questionário_____

O presente questionário insere-se no âmbito de um projecto de investigação que tem como objectivo analisar a influência do trabalho por turnos com trabalho nocturno na automedicação e na qualidade de vida dos enfermeiros.

Este questionário encontra-se dividido em oito partes: dados individuais, sono e fadiga, situação social e doméstica, saúde e bem-estar, automedicação e qualidade de vida.

É confidencial e foi elaborado exclusivamente para fins de pesquisa científica.

Várias questões contemplam a categoria “Outro (s)” como alternativa de resposta. Quando a sua opção for esta, deverá efectuar uma explicação pormenorizada.

A sinceridade nas respostas que der é muito importante já que, como compreenderá, delas decorre toda a validade do estudo a efectuar.

Se pretender, pode identificar-se: Nome (facultativo) _____

1. Dados Individuais

1.1 Data

1.2 Género

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

1.3 Idade:_____ anos

1.4 Estado Civil:

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado (a) ou União de Facto
- ☐ Divorciado (a) ou Separado(a)
- ☐ Viúvo (a)
- ☐ Outro..... Explique_____

1.5 Quantas pessoas vivem em sua casa que precisam que cuide delas? _____

1.6 Tem filhos a seu cargo?

☐ Não

☐ SimQuantos? ____

1.7 Idade dos filhos.....

1.8 Categoria Profissional

☐ Enfermeiro

☐ Enfermeiro Especialista

1.9 Serviço onde exerce funções

☐ Cirurgia Geral

☐ Cirurgia Plástica

☐ Cirurgia Maxilo-Facial e Otorrino

☐ Urgência de Psiquiatria

☐ Bloco Operatório

☐ Outro _____

1.10 Há quantos anos trabalha em enfermagem? _____ anos

1.11 Horário de trabalho actual:

☐ Horário por turnos com horário noturno, ano de início _____

☐ Horário sem trabalho noturno, ano de início _____

1.12 Se já trabalhou de noite, e atualmente não trabalha, explique a que se deve essa mudança

☐ Nunca se apropriou

☐ Prefere não trabalhar de noite, por motivos sociais ou familiares

☐ Não conseguiria trabalhar de noite porque lhe causa afectação no seu bem-estar

individual

☐ Outro.....Explique

1.13 Normalmente, quantas horas trabalha por semana neste hospital?

- ☐ 40 horas semanais
- ☐ 40 horas semanais + horas extras
- ☐ 42 horas semanais
- ☐ 42 horas semanais + horas extras

1.14 Quantas horas semanais, em média, trabalha noutra instituição? _____

1.15 Nessa instituição que não é este hospital, efetua trabalho nocturno:

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.16 Para si as vantagens do trabalho por turnos com trabalho nocturno, são mais do que as desvantagens?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Justifique a sua resposta

1.17 Em média, quanto tempo gasta para ir de casa para o trabalho e do trabalho para casa?

	Para o trabalho	Vir do trabalho
(a) Turno da manhã	min.	min.
(b) Turno da tarde	min.	min.
(c) Turno da noite	min.	min.

1.18 **Características do trabalho**

(a) Por favor, indique **a sua** carga de trabalho nos seus diferentes turnos:

	Muitíssimo Leve	Muito leve	Mais ou menos a mesma coisa	Muito pesado	Muitíssimo pesado
No turno da manhã (ou dia)	1	2	3	4	5
No turno da tarde	1	2	3	4	5
No turno da noite	1	2	3	4	5

(b)

	Inteiramente fora do meu controle	De algum modo fora do meu controle	Entre uma coisa e outra	De algum modo sob o meu controle	Inteiramente sob o meu controle
O ritmo de trabalho que faço está:	1	2	3	4	5

1.19 Tipo de pessoa que é

(responda a cada uma das questões colocando um círculo na resposta apropriada)

(a) Acha que é o tipo de pessoa que se sente no seu melhor logo cedo pela manhã, e tende a sentir-se cansado mais cedo que a maior parte das pessoas para o fim do dia?

(por favor, colocar um círculo num algarismo de cada afirmação)

Sem dúvida que não	Provavelmente não	Talvez	Provavelmente que sim	Sem dúvida que sim
1	2	3	4	5

(b) Acha que é o tipo de pessoa para quem é muito fácil adormecer em horas ou em locais pouco usuais? *(por favor, colocar um círculo num algarismo de cada afirmação)*

Sem dúvida que não	Provavelmente não	Talvez	Provavelmente que sim	Sem dúvida que sim
1	2	3	4	5

O seu sistema de turnos

1.20 Para cada um dos turnos em que normalmente trabalha, a que horas começam e terminam? (Por favor, use a escala das 24 horas, isto é, para um turno que comece às 8 h da noite deverá registrar-se 20 h e não 8 h). Por favor, use os símbolos a seguir indicados para descrever os turnos em que trabalha:

M= turno da manhã

T= turno da tarde

N= turno da noite

F= dia de folga

O= outro tipo de situação (neste caso, por favor especifique)

(Se houver horários diferentes para cada um dos turnos da manhã, tarde e noite, por favor use símbolos diferentes para os distinguir uns dos outros, por exemplo, M1, M2, T1, T2, etc.)

Turno (ex.: Noite)	Símbolo (Ex.: N)	Hora de início (Ex.: 23.00)	Hora do fim (Ex.: 07.00)

Agora, por favor use os símbolos para descrever um ciclo completo do seu sistema de turnos, incluindo os dias de folga. Não use mais semanas do que as necessárias para mostrar como o seu sistema de turnos se repete (ou roda):

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							
Semana 5							
Semana 6							
Semana 7							
Semana 8							

1.21 Acha que no geral as vantagens do seu regime de turnos pesam mais que as desvantagens?

Sem dúvida
que não

1

Provavelmente
não

2

Talvez

3

Provavelmente
que sim

4

Sem dúvida
que sim

5

2. O SEU SONO E A FADIGA

(Barton e cols, 1992; Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT) traduzido do Standar Shiftwork Index (SSI)e adaptado por Silva, 1995)

2.1 Em média quantas horas dorme por noite? _____ horas

2.2 Quantas horas de sono sente que normalmente precisa por dia independentemente do turno em que está? _____ horas _____ min

2.3 O que pensa acerca da quantidade de sono que normalmente dorme?
(colocar um circulo no algarismo apropriado)

	Precisava dormir muito mais	Precisava dormir mais	Precisava dormir um pouco mais	Durmo o que preciso	Durmo muito
(a) Entre turnos da manhã seguidos	5	4	3	2	1
(b) Entre turnos da tarde seguidos	5	4	3	2	1
(c) Entre turnos da noite seguidos	5	4	3	2	1
(d) Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

2.4 Normalmente, como é o seu sono?
(colocar um circulo no algarismo apropriado)

	Muitíssimo mau	Muito mau	Razoável	Muito bom	Muitíssimo bom
(a) Entre turnos da manhã seguidos	5	4	3	2	1
(b) Entre turnos da tarde seguidos	5	4	3	2	1
(c) Entre turnos da noite seguidos	5	4	3	2	1
(d) Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

2.5 Normalmente, em que medida se sente repousado depois de dormir?
(colocar um circulo no algarismo apropriado)

	Nada repousado	Não muito repousado	Repousado	Muito repousado	Muitíssimo repousado

(a) Entre turnos da manhã seguidos	5	4	3	2	1
(b) Entre turnos da tarde seguidos	5	4	3	2	1
(c) Entre turnos da noite seguidos	5	4	3	2	1
(d) Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

2.6 Alguma vez acorda mais cedo do que pretendia?
(colocar um circulo no algarismo apropriado)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
(a) Entre turnos da manhã seguidos	5	4	3	2	1
(b) Entre turnos da tarde seguidos	5	4	3	2	1
(c) Entre turnos da noite seguidos	5	4	3	2	1
(d) Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

2.7 Tem dificuldades em adormecer?
(colocar um circulo no algarismo apropriado)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
(a) Entre turnos da manhã seguidos	5	4	3	2	1
(b) Entre turnos da tarde seguidos	5	4	3	2	1
(c) Entre turnos da noite seguidos	5	4	3	2	1
(d) Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

2.8 Fadiga Crónica

As afirmações que se seguem dizem respeito a **como geralmente se sente**, quanto a cansaço ou energia, **independentemente de ter dormido o que precisa ou ter estado a trabalhar muito**. Algumas pessoas parecem “sofrer” de cansaço permanente, mesmo nos dias de descanso e férias, enquanto outros parecem ter uma energia ilimitada. Por favor, indique em que medida as afirmações que se seguem se aplicam ao seu caso. (Colocar um circulo no algarismo apropriado).

	De modo nenhum		Um pouco		Muitíssimo
(a) Geralmente, sinto que estou cheio de energia	1	2	3	4	5
(b) Sinto-me cansado a maior parte do tempo	1	2	3	4	5
(c) Geralmente, sinto-me cheio de vigor	1	2	3	4	5

3. A SUA SITUAÇÃO SOCIAL E DOMÉSTICA

(Barton e cols, 1992; Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT) traduzido do Standar Shiftwork Index (SSI)e adaptado por Silva, 1995)

Por favor, indique em que medida as afirmações que se seguem se aplicam ao seu caso. (Coloque um círculo no local apropriado).

	De modo nenhum		De certo modo		Muitíssimo
3.1 Em que medida o seu sistema de turnos interfere com o seu lazer (tempos livres)?	1	2	3	4	5
532 Em que medida o seu sistema de turnos interfere com as suas actividades domésticas?	1	2	3	4	5
3.3 Em que medida o seu sistema de turnos interfere com as actividades não domésticas que tem de fazer fora das horas de trabalho (ex: ir ao médico, ao banco, ao cabeleireiro, etc.)?	1	2	3	4	5

4. A SUA SAÚDE E BEM-ESTAR

(Barton e cols, 1992; Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT) traduzido do Standar Shiftwork Index (SSI)e adaptado por Silva, 1995)

4.1 Por favor, indique a frequência com que sente os problemas da lista que se segue, colocando um círculo no algarismo apropriado:

	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
(a) Com que frequência é o seu apetite perturbado?	1	2	3	4
(b) Com que frequência tem cuidado com o que come para evitar problemas de estômago?	1	2	3	4
(c) Com que frequência se sente com vontade de vomitar?	1	2	3	4
(d) Com que frequência sofre de azia ou dores de estômago?	1	2	3	4
(e) Com que frequência se queixa de problemas com a digestão?	1	2	3	4
(f) Com que frequência se queixa de inchaço ou gases no estômago?	1	2	3	4
(g) Com que frequência se queixa de dores de barriga?	1	2	3	4
(h) Com que frequência sofre de diarreia ou prisão de ventre?	1	2	3	4
(i) Com que frequência sente o coração a bater depressa?	1	2	3	4
(j) Com que frequência tem dores e mal estar no peito?	1	2	3	4
(k) Com que frequência tem tonturas?	1	2	3	4
(l) Com que frequência sente que o sangue lhe sobe de repente à cabeça?	1	2	3	4
(m) Sente dificuldade em respirar quando sobe escadas normalmente?	1	2	3	4
(n) Com que frequência lhe têm dito que tem a tensão arterial alta?	1	2	3	4
(o) Alguma vez sentiu que o seu coração batia de maneira irregular?	1	2	3	4
(p) Com que frequência sente um “aperto” no peito?	1	2	3	4
(q) Com que frequência tem pequenas infecções (constipações, etc)?	1	2	3	4
(r) Com que frequência sente dores: nos ombros e/ou no pescoço? nas costas e/ou nos “rins” (região lombar)? nos braços e/ou pulsos? nas pernas e/ou nos joelhos				
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4

4.2 Acha que os sintomas referidos atrás têm vindo a agravar-se ao longo dos anos de trabalho?

☐ Não

☐ Sim

5. AUTOMEDICAÇÃO

5.1 Toma algum tipo de medicação?

☐ Não

☐ Sim:

<input type="checkbox"/>	Antidepressivos
<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes
<input type="checkbox"/>	Hipnóticos (para dormir)
<input type="checkbox"/>	Analgésicos
<input type="checkbox"/>	Outros _____

5.2 Se respondeu sim na pergunta anterior, indique com que frequência.

☐ Diária

☐ Ocasionalmente

☐ Até 1 x por semana

☐ Mais do que 1 x por semana

☐ Até 1 x por mês

☐ Mais do que 1 x por mês

5.3 A medicação que toma está sob orientação do seu médico assistente?

☐ Sim

☐ Não: Qual a indicação:

<input type="checkbox"/>	Automedicação
<input type="checkbox"/>	Segue orientação de um colega (enfermeiro)
<input type="checkbox"/>	Segue orientação de outro médico
<input type="checkbox"/>	Segue orientação de um familiar/amigo
<input type="checkbox"/>	Outro _____ _____

5.4 Sente que o facto de ser profissional de saúde contribui para a automedicação?

☐ Não

- ☐ Sim, quais os factores que contribuem:

<input type="checkbox"/>	Fácil acesso a medicamentos
<input type="checkbox"/>	Conhecimentos de farmacologia e fisiopatologia
<input type="checkbox"/>	Fácil obtenção de receita médica
<input type="checkbox"/>	Amizades com profissionais de saúde
<input type="checkbox"/>	Outros : _____

5.5 Alguma vez sentiu algum efeito colateral ou adverso de algum medicamento resultante da sua automedicação?

- ☐ Sim, Qual? _____
- ☐ Não

6. QUALIDADE DE VIDA

(OMS,1996; Whoqol-bref traduzido e adaptado por Canavarro e Serra, 2006)

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido

bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

6.1 Como avalia a sua qualidade de vida?

Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

6.2 Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
6.3	Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	5	4	3	2	1
6.4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	5	4	3	2	1
6.5	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6.6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
6.7	Até que ponto se consegue concentrar?	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5
6.8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
6.9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
6.10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
6.11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
6.12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
6.13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
6.14	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
6.15	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito (a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
6.16	Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
8.17	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
6.18	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
6.19	Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio (a)?	1	2	3	4	5
6.20	Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
6.21	Até que ponto está					

	satisfeito (a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
6.22	Até que ponto esta satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
6.23	Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
6.24	Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
6.25	Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
6.26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	5	4	3	2	1

Tem algum comentário sobre a avaliação?

O questionário termina aqui. Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo 3 – Autorização para utilização das escalas do EPTT

Página 1 de 1

De: "Carlos Silva" <csilva@ua.pt>
Para: <lenacerqsilva@sapo.pt>
Enviado: sábado, 2 de Novembro de 2013 1:06
Assunto: Re: Pedido de cedência e autorização de aplicação de instrumento de colheita de dados

Boa noite.

Está desde já autorizada a usar ambos.

Como não tenho acesso por iPad, pf envie-me novo email no domingo depois de almoço, porque terei acesso ao meu computador, onde tenho acesso aos instrumentos.

Cumprimentos cordiais

Carlos Fernandes

No dia 01/11/2013, às 18:42, "lenacerqsilva@sapo.pt" <lenacerqsilva@sapo.pt> escreveu:

>
>
> Boa tarde Drº Carlos Fernandes da Silva.
>
> o meu nome é Maria Helena Cerqueira da Silva. Sou enfermeira no Hospital de Sº José - Lisboa (CHLC-EPE), encontro-me a realizar a Tese de Mestrado do curso de Mestrado de Gestão em Saúde na Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública, com o tema "trabalho por turnos e noturno: impacto na qualidade de vida e na automedicação dos enfermeiros, sob orientação da Drª Ema Leite.
>
> Venho por este meio pedir a sua colaboração para permitir ter o acesso e a sua autorização para possível aplicação da versão portuguesa do "Work Ability Index" e a versão mais recente do "Estudo Padronizado do trabalho por Turnos", de modo a analisar os mesmos e verificar qual o seu contributo para a realização do meu estudo.
>
> Agradeço a sua atenção.
>
>
> Aguardo a sua resposta
>
>
> Com os melhores cumprimentos
>
>
> Maria Helena Silva
>
> e mail - lenacerqsilva@sapo.pt
> 927354056
>
> ----- Fim de mensagem reenviada -----
>

22-02-2017

Anexo 4 – Autorização para utilização das escalas do Woqol-bref

